Trajetórias Interrompidas

perdas gestacionais, luto e reparação

Vívian Volkmer Pontes

Trajetórias Interrompidas

perdas gestacionais, luto e reparação

Salvador • EDUFBA • 2016

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

CAPA, PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO
Lúcia Valeska Sokolowicz

REVISÃO
Larissa Machado de Queiroz

NORMALIZAÇÃO
Larissa Nakamura

SISTEMA DE BIBLIOTECAS - UFBA

Pontes, Vívian Volkmer.
Trajetórias interrompidas : perdas gestacionais, luto e reparação/Vívian Volkmer Pontes.
- Salvador : EDUFBA, 2016.
254 p. : il.

ISBN 978-85-232-1517-0

1. Aborto - Estudo de casos. 2. Aborto - Aspectos psicológicos. 3. Perda (Psicologia).
4. Self (Psicologia). 5. Semiótica - Aspectos psicológicos. I. Título.

CDD - 618.39

Editora filiada à:

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Rua Barão de Jeremoabo s/n
Campus de Ondina – 40170-115
Salvador - Bahia - Brasil
Telefax: 0055 (71) 3283-6160/6164
edufba@ufba.br – www.edufba.ufba.br

Dedico este livro às admiráveis mulheres que, apesar das muitas adversidades encontradas no percurso de suas trajetórias de vida, persistiram obstinadamente em direção à realização dos seus mais valiosos sonhos... Mas também para aquelas que tomaram a difícil e corajosa decisão de enfrentar a mudança inesperada em seus caminhos, seguindo em frente por novos e desconhecidos rumos.

Agradecimentos

Na trajetória de construção desse livro, foram muitas as pessoas significativas que, de alguma maneira, o ajudaram a existir.

À querida professora e orientadora Ana Cecília Bastos, por sua admirável sabedoria, por seu modo afetivo e acolhedor de nos guiar pelos caminhos da construção do conhecimento, pelo seu modo generoso de compartilhar o seu saber e as suas conquistas. Seguir essa trajetória tendo-te como guia consistiu em uma experiência extremamente prazerosa e enriquecedora. Admiro-te profundamente e agradeço-te por tudo!

Agradeço também a outros importantes mestres que tive a honra de dialogar em algum momento da trajetória acadêmica: ao professor Jaan Valsiner (Clark University, EUA); à professora Marilena Ristum (Universidade Federal da Bahia); ao professor Tatsuya Sato (Ritsumeikan University, Japão); à professora Nandita Chaudhary (Lady Irwin College, University of Delhi); à professora Tânia Zittoun (Université de Neuchâtel, Suíça); e, mais recentemente, à professora Lívia Simão (Universidade de São Paulo).

Minha gratidão especial vai para os queridos colegas do grupo de pesquisa Contextos e Trajetórias de Desenvolvimento (CONTRADES) pelo constante compartilhar de conhecimento e recíproca contribuição analítica e teórica. Vocês tornaram essa trajetória menos solitária e muito mais prazerosa. Meus agradecimentos também ao colega Kenneth Richard Cabell pelas trocas dialógicas valiosas, que inspiraram a elaboração do conceito teórico aqui apresentado.

Na esfera profissional, meu muito obrigado à professora Anamélia Franco e aos médicos Dra. Olívia Nunes e Dr. Manoel Sarno.

Na esfera familiar, agradeço ao meu marido, Igor, pela parceria, pela admiração, pela paciência e pelo amor. Mas, acima de tudo, por proporcionar à minha vida a leveza dos momentos de alegria, simplicidade e prazer que funcionaram como importantes contrapontos para que eu pudesse enfrentar a inerente complexidade teórica e à dureza do objeto de estudo. Nesse sentido, agradeço também aos meus queridos pais, Lúcia e Eraldo, pelo amor e apoio incondicional; o meu sogro Rider e meu cunhado Iuri, pelo carinho e torcida constantes; ao meu irmão Vinícius e minha cunhada Cheila, pelo carinho e por alegrarem a minha vida com as minhas duas adoradas sobrinhas: Ana Luiza e Laura. Meu carinhoso agradecimento aos meus amados avós Tereza e Cláudio (*in memoriam*), pelo apoio e afeto que sempre me fizeram sentir especial. E ao meu pequeno e amado filho Arthur, por me permitir entender o significado da experiência avassaladora da maternidade, que despertou em mim um inexplicável e mais sublime amor. Muito obrigada!

Pedra

Porque meu corpo ingrato
não te nutriu
nem aqueceu
quisera-me eu tão fria
quanto o mármore gelado
da mesa onde ficaste,
imóvel, rígida,
sem cor.
Quisera negar o meu desejo aflito
de te dar calor
te apertar junto a mim
falar-te “meu amor”,
“minha filhinha”.

Sufocar por completo quisera
a esperança inútil
de que nada no mundo houvesse
que não um só movimento teu.
Apenas o privilégio quisera de,
imóvel e fria,
ficar contigo.

Ana Cecília de Sousa Bastos

Sumário

Prefácio
Sob o signo da reparação

Ana Cecília de Sousa Bastos

Muito me alegra o coração e honra meu ofício de professora escrever o prefácio do livro de Vívian Volkmer Pontes, intitulado *Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação*. A crença explicitada por Rubem Alves, segundo a qual o voo já nasce dentro dos pássaros (Alves, 1994), aplica-se como uma luva à minha própria experiência ao acompanhar o percurso de Vívian, que já chegou pronta e seu voo é belo.

Alguns trabalhos de mestrado e doutorado cumprem com o objetivo mais restrito da formação de recursos humanos para o ensino e a pesquisa – o operário importando mais do que a obra. Se bem realizados, o alcance dessa meta já os justifica. Outros, porém, vão muito além desse parâmetro e afirmam a própria obra, constituindo-se numa efetiva contribuição ao conhecimento científico em áreas específicas, revestindo-se ainda, de clara relevância social. É nesse último caso que se insere o presente livro.

Etimologicamente, um prefácio ocupa o lugar do que se diz antes – no caso, antes de introduzir o leitor à obra em pauta. O que dizer antes deste livro singular? Como dizê-lo, diante da convicção de que se trata de um texto que mereceria o mais belo dos prefácios?

Primeiro, digo do seu tema: impossível abordá-lo sem o tremor e o respeito diante do drama e do mistério da existência humana, aqui

imediatamente referidos à experiência da maternidade. Tida como óbvia e como única, tornar-se mãe é experiência das mais complexas, nunca homogênea, mas atravessada pelo inesperado, demandando o uso de novos recursos pessoais e sociais, instaurando realidades familiares até então inéditas. Tornar-se mãe acontece na fronteira entre natureza e cultura; evoca uma pertença à própria espécie e carrega, ao mesmo tempo e principalmente, as marcas das realidades culturais específicas. Para ser coerente com o referencial teórico assumido neste estudo, melhor dizer que essa experiência que carrega a cultura dentro é culturalmente organizada. (Valsiner, 2007) A maternidade, ela própria, é um signo de alta potência, e é isso que grita cada tentativa de engravidar de mulheres que sofrem perdas gestacionais recorrentes. É signo tão pervasivo que atravessa o processo de constituição da própria identidade e da identidade de gênero em particular: mesmo se uma mulher decide pela não maternidade, enfrentará, no âmbito do próprio *self* e ao relacionar-se com outros sociais, a necessidade de posicionar-se de uma forma definidora quanto à possibilidade de ser mãe, afetando decisivamente o senso do próprio *self*. (Chaves, 2009) Portanto, tornar-se mãe é uma experiência que, em sua configuração mais normativa, exige de modo quase absoluto o engajamento da pessoa e o acionamento de todos os recursos disponíveis – e de mais alguns por inventar. Nesse sentido, é uma experiência que tende à totalidade, guardando essa característica em comum através da imensa diversidade dos contextos familiares e das realidades culturais. (Levine & Levine, 2016)

O que dizer do tornar-se mãe quando acontece a perda gestacional e quando, nas palavras do poeta, a saudade se torna o revés do parto?[1]

É esse o delicado mundo que a autora adentrou na construção de seu estudo. Ela o faz com grande sensibilidade e competência, e com não menor coragem. Temas dessa natureza costumam envolver o pesquisador e não existem referências metodológicas para indicar o preciso equilíbrio, os graus de distanciamento que demarquem a fronteira entre

1 Referência à canção *Pedaço de mim*, de Chico Buarque de Holanda.

ciência e drama humano. Sob esse ângulo, sou testemunha do alto nível ético do compromisso profissional e pessoal de Vívian ao longo dos muitos anos de trabalho junto às mulheres que tiveram perdas gestacionais recorrentes, além das equipes de saúde que as atendiam, tanto em serviços públicos como no âmbito privado da assistência. Sim, porque essa tese de doutorado não se fez em um dia: segue-se aos anos de atuação séria e competente nesse setor, desde a graduação e também no mestrado.

Uma implicação importante dessa inserção profissional no campo da assistência em saúde foi permitir a discussão de modelos de formação e atenção em saúde e direitos reprodutivos. O trabalho tem um alcance interdisciplinar e multiprofissional, interessando aos profissionais na área da saúde, com interfaces mais ou menos claras com outros campos, tais como o direito, a bioética, o serviço social. Situa-se em um campo que, ao mesmo tempo, reproduz um cenário de desigualdade social na atenção à saúde, sendo distintos e contrastantes os serviços e recursos materiais e instrumentais disponíveis e acessíveis no âmbito público e no privado, além de envolver novidades históricas no que se refere às possibilidades e questões abertas pelo avanço das tecnologias de reprodução assistida.

Assim, é no contexto de uma experiência humana dramática e do também complexo sistema de assistência que Vívian constrói um estudo teoricamente inovador no campo da psicologia cultural de inspiração semiótica, ao utilizar criativamente o Modelo de Equifinalidade de Trajetórias (Sato, Hidaka & Fukuda, 2009) e ao propor o construto estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self*, para analisar de que modo mulheres que passaram por perdas gestacionais, após tal ruptura na trajetória em direção à maternidade, enfrentam essa descontinuidade no tempo e no âmbito do próprio *self*. Recorrendo mais uma vez a Chico Buarque: como lidar com essa quebra que pode ser tão violenta a ponto de ser impossível fazer "atracar no cais" essa saudade "que dói como um barco" sem pouso? Trata-se de uma dinâmica sempre presente no viver humano, que se configura como continuidade e descontinuidade, rupturas e transições.

Sentimentos complexos e ambivalentes estão comumente associados a rupturas; certamente se trata de trajetórias heterogêneas, tanto quanto às motivações e aos contextos presentes nas tentativas de engravidar diante da contingência das perdas gestacionais – e o adjetivo "recorrentes", aqui, indica três, quatro, dez tentativas, e uma dose de sofrimento e de risco, tanto físicos quanto psicológicos, nas dimensões pessoal, familiar, social e que o observador externo pode somente imaginar. Assumindo uma concepção de desenvolvimento que só tem sentido se considerado no tempo irreversível e orientado para o futuro, a proposição dos "signos reparadores" permite abordar, para além do suposto trauma, o processo de restauração da própria vida: a autora pergunta como é possível "restaurar a conexão dos fragmentos da trajetória interrompida, construindo alguma articulação entre esses fragmentos e resgatando certo senso de continuidade"?

Essa pergunta ultrapassa a experiência da maternidade para dizer respeito a qualquer outro contexto da experiência humana – e note-se que as conclusões da autora são postas em maior nível de abstração, justamente para assinalar que se trata de um problema de toda a vida humana, de seus dramas, rupturas, continuidade. Reparação. Restauração. Dialogismo, na fronteira eu-outro. São questões na ordem do dia, ultrapassando o domínio psicológico propriamente dito – considere-se, por exemplo, a força de novos paradigmas contemporâneos como, por exemplo, o da justiça restaurativa (Zehr, 2008), a nos dizer o quanto o exercício da reparação é necessário e inadiável, no âmbito das relações entre indivíduos e grupos sociais.

Pois "o que a vida quer da gente é coragem", como nos conta Guimarães Rosa ao dar voz ao Brasil profundo. A experiência inquietante de viver (Simão, 2016) instiga ao contínuo movimento, é generativa: reconstruímos a existência a cada momento. Restauramos o sentido de *self* e de continuidade da experiência, com arte e magia, usando recursos insuspeitados. Esse processo pode ser considerado sinônimo do próprio viver.

Por último, mas não menos importante, quero assinalar que a iniciativa da Universidade Federal da Bahia no sentido de viabilizar a pu-

blicação, por sua editora, a Edufba, dos trabalhos de doutorado que receberam menção honrosa no Prêmio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) de Teses (2015) merece os melhores cumprimentos. Tal iniciativa não apenas reconhece o trabalho sério desenvolvido em nossa universidade, mas permite que sua produção ultrapasse as fronteiras do mundo acadêmico para alcançar um público mais amplo que pode se beneficiar do conhecimento nela produzido.

Referências

Alves, R. (2008). *Para uma educação romântica*. Campinas SP: Papirus.

Chaves, S. (2015). The experience of voluntary childlessness: Conceptualizing a semiotic theory of resistance in the face of strong social norms. In: K. Cabell, G. Marsico, C. Cornejo & J. Valsiner (Eds.). *Making meaning, making motherhood*. Charlotte, NC: Information Age Publishing. Cap. 6, p. 81-106.

LeVine, R. A. & LeVine, S. (2016). *Do parents matter?* New York: Public Affairs.

Sato, T., Hidaka, T. & Fukuda, M. (2009). Depicting the dynamics of living the life: The Trajectory Equifinality Model. In: J. Valsiner et al. (Eds). Dynamic process methodology in the social and developmental sciences. New York, NY: Springer.

Simão, L. M. Simão, L. M. (2016). Culture as a Moving Border. In: G. Marsico & J. Valsiner (Eds.). *Integrative Psychological and Behavioral Sciences* (IPBS), Special Issue on Borders.

Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Zehr, H. (2008). *Trocando as lentes. Um novo foco sobre o crime e a justiça*. São Paulo: Palas Athena.

Apresentação

A gravidez representa, para muitas mulheres, a vivência de um período de espera, um evento que, de algum modo, imaginam e esperam (pessoal e socialmente) acontecer, cujo desfecho encontra-se na ordem do previsível: o nascimento de uma nova vida e o vir a ser mãe. No entanto, para algumas mulheres esse percurso de tempo relativamente pré-determinado, que vai da concepção ao parto, sofre uma inesperada interrupção, com a perda do bebê antes do seu nascimento. Para outras mulheres, ainda, a experiência deste tipo de perda tão significativa torna-se recorrente, repetindo-se em gestações subsequentes. No lugar da vida, então, a morte faz-se presente, e em alguns casos insistentemente, trazendo consigo a experiência de inúmeras outras perdas significativas: não só a do bebê, mas também a de certo ideal de família desejada, a possibilidade de exercer o papel social de mãe, a experiência de controle sobre seu próprio corpo e sobre a sua própria vida e a vida de outro, em gestação.

A vivência de uma perda gestacional, assim, ameaça o sentido de *self* dessas mulheres, fazendo-as a vivenciar descontinuidades no curso do seu desenvolvimento, lançando-lhes em um campo para elas desconhecido, no qual a incerteza face ao futuro se torna agudamente percebida. Incerteza que, segundo Valsiner (2012), faz parte da experiência humana, da nossa relação com o futuro imediato. Nesse sentido, o futuro é incerto e o passado está constantemente sendo reconstruído à medida que enfrentamos a incerteza do futuro, através da construção de signos diversos.

No campo da medicina, atribui-se um termo específico para a vivência repetida de perdas gestacionais, isto é, "aborto espontâneo recorrente",

sendo definido como a ocorrência de três ou mais abortos sucessivos e espontâneos, antes da vigésima semana de gestação. Em 2008, a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva redefiniu o termo como a ocorrência de apenas duas ou mais perdas gestacionais. (Cavalcanti & Barini, 2009) Baseado em informações recentes, estima-se que as taxas de perdas precoces entre as gestações clinicamente reconhecidas estejam entre 15% a 20%. (Carvalho & Rares, 2005; Savaris, 2006) Já as taxas de abortos espontâneos recorrentes variam de 2 a 4% entre casais em idade reprodutiva. (Cavalcanti & Barini, 2009) Soma-se a isso o fato de que o risco de uma próxima gestação terminar em perda aumenta de forma gradativa quando o aborto se repete. Os determinantes para este tipo de ocorrência, no entanto, são muitos e nem sempre possíveis de identificação. (Barini, Couto, Santos, Leiber, & Batista, 2000) Apenas em torno de 50% dos casos é possível identificar uma etiologia definida, como aquelas relacionadas a fatores genéticos; anatômicos; endócrinos; infecciosos; hematológicos; imunológicos; ambientais e nutricionais. (Cavalcanti & Barini, 2009)

Inseridas nesse contexto, encontram-se muitas mulheres, usuárias de serviços de saúde que nem sempre dispõem de profissionais habilitados e programas eficientes para acolhê-las e ajudá-las, e que vivenciam, ao longo de sua experiência, uma série de consequências psicológicas e sociais negativamente valoradas. Apesar disto, muitas persistem na tentativa de tornar-se mãe, engravidando novamente a despeito dos riscos de uma possível nova perda.

O interesse por tal problemática surgiu a partir da minha experiência como estagiária de psicologia e, posteriormente, como psicóloga em um ambulatório de abortamento recorrente de uma maternidade pública na cidade do Salvador/BA. A inserção da equipe de psicologia nesse cenário ocorreu como uma tentativa de responder a uma difícil e complexa questão formulada pela médica responsável pelo ambulatório: “por que, após a vivência de repetidas perdas gestacionais (e de todo o sofrimento associado a essas perdas), elas continuam engravidando?”. E, desde então, acredito que essa questão vem me acompanhando, motivando e norteando as subsequentes investigações empreendidas. Assim, durante o

ano de 2002, no período do estágio e sob a supervisão da professora Dra. Anamélia Franco, realizamos um estudo descritivo e exploratório a fim de identificar e descrever a realidade psicossocial das usuárias deste ambulatório, assim como os recursos internos e externos utilizados por elas no enfrentamento da situação de abortamento de repetição e na posterior persistência em uma nova tentativa de gravidez. Apesar de algumas limitações, como o registro em terceira pessoa das entrevistas, a pesquisa realizada possibilitou o delineamento de algumas importantes características psicossociais dessas mulheres. Foram entrevistadas 24 mulheres que tinham vivenciado de três até sete abortos consecutivos. De acordo com os relatos, os abortos foram vividos com sofrimento, tristeza e desânimo, chegando a relatos de alucinação e desejo de morte. As razões para a ocorrência dos abortos não foram muito bem compreendidas pelas mulheres, sendo, em muitos casos, justificados por crenças de cunho religioso. Do mesmo modo, as principais estratégias de enfrentamento utilizadas estiveram associadas à religiosidade. As perspectivas de futuro estavam condicionadas ao nascimento do filho. Pode-se notar forte influência social como fortalecedora dos desejos e comportamentos dessas mulheres. O significado da maternidade e das funções filiais eram fortemente idealizados e mobilizadores de muitas expectativas. (Volkmer, Covas, Franco, & Costa, 2006)

Os resultados deste estudo e a experiência profissional no Ambulatório de Abortamento de Repetição forneceram as bases para o trabalho empreendido posteriormente no mestrado, que consistiu em um estudo qualitativo e exploratório que visava a analisar tanto os significados de maternidade para mulheres com história de perdas gestacionais recorrentes, quanto as diferentes posições do Eu observadas ao longo das suas trajetórias reprodutivas. Vinculado à linha de pesquisa Infância e Contextos Culturais do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI-UFBA), contou com a orientação da professora Dra. Ana Cecília de Sousa Bastos. As dez participantes do estudo eram provenientes de camadas populares e usuárias de uma maternidade pública na cidade do Salvador/BA. Entre os resultados encon-

trados, pode-se destacar que o sistema de significados pessoais relacionados à maternidade se desenvolveu e se modificou ao longo da história de gestações e perdas e do processo relacional e dialógico estabelecido com as outras pessoas. Assim, no início das suas histórias reprodutivas a gestação equivalia a um evento naturalizado e percebido como inerente à condição feminina, sendo socialmente esperado. A maternidade, por sua vez, era percebida como uma condição que não despertava muita expectativa. No entanto, com a vivência das perdas gestacionais, a maternidade passou a compreender uma condição que para ocorrer exige cuidados e sacrifícios, de modo que os demais âmbitos da vida pessoal foram colocados em segundo plano. Era cada vez mais valorizada, a ponto de a própria vida ser colocada em risco com uma nova tentativa de gravidez. Além disso, implicava uma decisão de ordem pessoal, era a realização de um sonho, bem como a oportunidade de não mais se sentirem sozinhas, pois ter um filho significava ter algo seu, ter alguém capaz de lhes fornecer um suporte afetivo e solucionar os problemas até então vivenciados. (Volkmer, 2009)

Além desses resultados, um dos aspectos que despertou especialmente a minha atenção consistiu no cenário precário de assistência pública à saúde descrito pelas mulheres ao longo das suas trajetórias reprodutivas. De modo geral, este cenário foi caracterizado por deficiências importantes no atendimento realizado por profissionais de saúde (como a falta da escuta clínica, a desconsideração das suas subjetividades e a expressão de muitos preconceitos), pela fragmentação da assistência entre as unidades de saúde, pelo número insuficiente de leitos para as próprias mulheres ou para bebês nascidos prematuros em Unidades de Terapia Intensiva neonatais – o que as levava percorrer um longo itinerário de maternidade em maternidade em busca de atendimento de emergência que, por sua vez, exigia uma grande espera. Com tudo isto, algumas mulheres entrevistadas tinham o entendimento de que muitas das perdas gestacionais vivenciadas poderiam ter sido evitadas caso esse cenário fosse diferente. Nos anos em que estive inserida neste contexto de saúde pública, ouvindo os seus relatos, penso que, se este contexto

assistencial não é o principal responsável pela ocorrência de tantas perdas gestacionais, tem, pelo menos, contribuído para o agravamento da situação de sofrimento e desamparo a que essas mulheres veem-se tantas vezes submetidas, com importante impacto, evidentemente, sobre as suas subjetividades e trajetórias de vida.

Era inevitável pensar, então, que se o contexto fosse diferente, haveria outro tipo de impacto sobre as subjetividades e trajetórias de vida de mulheres com vivências semelhantes de perda. Deste modo, como se constituiria a experiência de mulheres com história de perdas gestacionais em um contexto privado de saúde, por exemplo? Com essas ideias – e muitas outras – em mente, voltei à instituição onde havia coletado os dados para apresentar os principais resultados da minha pesquisa realizada no mestrado. Isto ocorreu em um evento chamado "Sessão Clínica", em setembro de 2009, e reuniu boa parte da equipe médica (ginecologistas/obstetras e docentes), bem como residentes e internos de medicina da referida instituição. Durante a minha apresentação, fui convidada por um dos médicos a conhecer a sua clínica privada, que também atendia mulheres com história de perdas gestacionais recorrentes. Eis que surgiu, então, a oportunidade de alcançar uma nova perspectiva sobre a temática que venho estudando desde 2002.

Seguindo nessa direção, no estudo desenvolvido no doutorado – e que será apresentado ao longo deste livro –, o objetivo foi o de ampliar e aprofundar a investigação sobre mulheres que vivenciam perdas gestacionais recorrentes. Como método, realizou-se um estudo de cunho etnográfico realizado em dois contextos distintos de assistência à saúde da mulher e/ou casal com diagnóstico de aborto de repetição, na cidade do Salvador/BA, sendo um vinculado à rede pública e o outro à rede privada. No que concerne às estratégias de coleta de dados, destaque especial foi concedido às entrevistas narrativas. Já com relação à análise dos dados, foi utilizado o Modelo de Equifinalidade de Trajetórias – Trajectory Equifinality Model (TEM). (Sato, Yasuda, Kido, Arakawa, Mizoguchi, & Valsiner, 2007; Sato, Hidaka, & Fukuda, 2009) Em linhas gerais, o TEM consiste em um método para descrever cursos de vida das pessoas dentro do tempo irreversí-

vel, após os pesquisadores definirem os pontos de equifinalidade dessas trajetórias – isto é, pontos que representam uma região de similaridade no curso temporal de trajetórias diferentes. O ponto de equifinalidade das trajetórias das mulheres entrevistadas consistiu na busca por atendimento médico especializado em abortamento de repetição. Participaram do estudo dez mulheres com história de perdas gestacionais recorrentes.

Uma das questões iniciais e norteadora do estudo realizado no doutorado foi: como se caracteriza a vivência de trajetórias reprodutivas marcadas por perdas gestacionais recorrentes frente a diferentes contextos sociais? Nesse sentido, foram considerados os campos de possibilidades de cada mulher inserida nos diferentes grupos sociais – campo este constituído não só por realidades materiais (acesso e qualidade dos serviços de saúde, procedimentos médicos e recursos tecnológicos), mas também por diferentes processos discursivos e afetivos (diferentes vozes) que circunscrevem suas escolhas e possibilidades subjetivas. Tais circunscritores participam do processo de síntese pessoal que, por sua vez, determina os cursos de ação possíveis, assim como a construção dos significados pessoais ao longo das suas trajetórias. (Valsiner, 2012)

A partir desses recursos materiais e simbólicos disponíveis nesses diferentes contextos sociais, outra questão consistiu no eixo principal de orientação para a construção do referido trabalho. Isto é, como essas mulheres conseguem – a partir de recursos internos e externos que dispõem – lidar com repetidas rupturas significativas em sua trajetória de vida? Em termos teóricos: como o *self* constrói certo senso de continuidade, de consistência ao longo de tempo, em detrimento às recorrentes rupturas experienciadas?

Assim, após a realização de comparações descritivas entre as trajetórias reprodutivas das participantes – com a finalidade de entender os processos de rupturas e reconstruções na cultura pessoal através da aplicação do TEM –, foi construído um conceito que pudesse oferecer generalidade para o específico dessa experiência. Afinal, a experiência recorrente de rupturas significativas, exige um tipo específico de processo semiótico, que no presente trabalho foi denominado Estratégias Semi-

óticas de Reparação Dinâmica do *Self*. Essas estratégias, ao serem utilizadas, levam à construção de signos específicos – os signos reparadores –, que têm o poder de restaurar a conexão dos fragmentos da trajetória interrompida, construindo alguma articulação entre esses fragmentos e resgatando certo senso de continuidade. Os signos reparadores promovem, assim, a construção de significado para o momento presente, a reconstrução de significados atribuídos às experiências no passado (perdas anteriores) e nova orientação para a gama aceitável de construções de significados orientados para o futuro, conectando-os, relançando-os em uma nova narrativa, sempre singular – e, de certo modo, unificada e coerente –, acerca de si mesmo, da sua própria vida e do seu próprio "destino".

A ampliação do foco de estudo proposta no doutorado justificou-se por, pelo menos, três razões:

1. Poucos estudos na literatura nacional e internacional abordam a temática das perdas gestacionais recorrentes do ponto de vista da subjetividade feminina, a maioria privilegia aspectos biomédicos como os fatores associados a este tipo de ocorrência (Volkmer, 2009);

2. Do mesmo modo, poucos estudos consideram a amplitude dessa experiência – como se dá, por exemplo, frente a diferentes contextos sociais. No que tange a esse segundo aspecto, fazem-se necessárias algumas considerações. De modo geral, a análise dos diferentes contextos consiste em um aspecto relevante visto que estes circunscrevem diferentemente a construção de distintas subjetividades, bem como revelam a variabilidade de trajetórias de vida pessoais. Conforme afirma Chaudhary (2011), a existência de um sentido de *self* e de identidade resulta da constante e dinâmica coconstrução que se dá a partir da inter-relação do indivíduo com marcadores sociais, tais como gênero, classe social e raça, criados no engajamento ativo com os outros e guiados pela cultura. Algo semelhante é afirmado por Falmagne (2004): subjetividade, *self* e pensamento são construídos ao longo do tempo através da localização social de alguém em um mundo estratificado por gênero, classe e raça – dialeticamente, isto é, pela interação dinâmica entre os constituintes

materiais e discursivos que configuram os níveis social, local e pessoal. Além disso, em um país como o Brasil, caracterizado por tantas desigualdades sociais, o que inclui um Sistema de Serviços de Saúde (SUS) organizado através de um modelo segmentado (Mendes, 1998), plural, composto por diferentes sistemas – como o público e o privado – e que se traduz por uma diversidade da assistência e, com efeito, por sugestões sociais muito diferentes;

3. Por fim, poucos estudos estão interessados em analisar os mecanismos psicológicos envolvidos na reparação do *self*, após a experiência de recorrentes rupturas experienciadas ao longo da trajetória de vida.

Com isso, pretendeu-se dar continuidade ao estudo das mulheres com trajetórias reprodutivas não normativas, marcadas por perdas gestacionais. Essas mulheres demandam atenção, escuta e um tratamento especial. Afinal, vivenciam a ruptura recorrente de um vínculo afetivo significativo, carregado de valor em nossa cultura, que traz repercussões para as suas identidades. Este estudo continuou privilegiando a análise sistêmica do fenômeno singular, juntamente com o seu contexto estrutural e temporal, mas ampliando o seu enfoque, a partir da narrativa de outras mulheres, em outros contextos sociais. Tais aspectos, provavelmente, influenciaram o campo afetivo no qual as narrativas são construídas. Isto porque a experiência emocional de mulheres que são usuárias de serviços de saúde privados pode se configurar, em sua trajetória, de modo distinto de como ocorreu com as mulheres participantes da pesquisa do mestrado – e, desta maneira, regular de modo muito peculiar as mudanças nas posições do Eu, no decorrer do tempo e da experiência, e as mudanças na construção dos significados pessoais acerca da maternidade. Desta forma, pretendeu-se aprofundar o conhecimento sobre essa relevante temática, contribuindo para a sua maior compreensão e para o aprimoramento da assistência à saúde da mulher.

Tendo em vista esta problemática, optou-se por tratá-la a partir do referencial teórico que, no âmbito da Psicologia Cultural, é reconhecido como construtivismo semiótico-cultural, uma perspectiva teórico-metodológica que focaliza a construção inter e intrapsicológica da subjetivi-

dade humana individual. (Simão, 2007) De acordo com Valsiner (2012), assume-se a cultura como aquela que ao mesmo tempo constrói o indivíduo e é construída por este através da fabricação e uso de signos; e na compreensão do desenvolvimento como a transformação construtiva da forma, em um tempo irreversível, através do intercâmbio do indivíduo com o ambiente.

O livro está organizado em nove capítulos agrupados em três partes distintas. Na primeira parte, há a apresentação da fundamentação teórico-conceitual do estudo. O capítulo 1 introduz o tema da experiência de perdas gestacionais involuntárias e recorrentes, através do levantamento dos principais estudos acadêmicos nacionais e internacionais sobre o assunto. Aborda, também, a perspectiva teórica da psicologia construtivista semiótico-cultural e da Teoria do *Self* Dialógico, com a definição e análise dos conceitos mais importantes para o entendimento dos processos psicológicos envolvidos na ruptura e transição desenvolvimental. Em linhas gerais, parte-se das suposições da irreversibilidade do tempo e da natureza semiótica e dialógica das experiências humanas.

Na segunda parte, o capítulo 2 trata da apresentação e discussão dos dados etnográficos extraídos por meio da observação participante, de entrevistas narrativas e de registros em diários de campo nos dois contextos de assistência à saúde investigados (público e privado). Os capítulos 3 e 4 apresentam a análise de dois casos de mulheres usuárias da assistência pública de saúde, enquanto que os capítulos 5 e 6 apresentam a análise de dois casos de mulheres usuárias da assistência privada de saúde. O capítulo 7 apresenta a análise de um caso de uma mulher que transitou, ao longo da sua trajetória reprodutiva, do contexto público de assistência à saúde para o privado.

Na terceira parte, o capítulo 8 discute as estratégias psicológicas de reparação semiótica com a finalidade de manter um senso de continuidade no *self* apesar da experiência de rupturas recorrentes. Por fim, no capítulo 9 são apresentadas as considerações finais sobre a investigação realizada.

Capítulo 1

A experiência de perdas gestacionais involuntárias: marcadores da transição desenvolvimental

Aspectos subjetivos da experiência de perdas gestacionais involuntárias

Na literatura vem crescendo o número de estudos que abordam os aspectos subjetivos da experiência de mulheres com perdas gestacionais involuntárias. No entanto, as pesquisas ainda privilegiam os aspectos biomédicos destas perdas, como se pode constatar considerando a grande parte dos estudos realizados no Brasil sobre esse tema. (Volkmer, 2009)

Entre os estudos nacionais que privilegiam os aspectos subjetivos relacionados à experiência de perdas gestacionais, pode-se destacar o trabalho de Santos, Rosenberg e Buralli (2004), qualitativo, que visou a (re) conhecer o significado de perda fetal (natimortos) para mulheres que vivenciaram tal experiência. De acordo com este estudo, a perda fetal pode representar uma crise em suas vidas, implicando na reconstrução das suas identidades. Já para Volkmer, Covas, Franco e Costa (2006), a partir da análise do perfil psicológico e social de mulheres com histórias de perdas gestacionais frequentes, em Salvador/BA, os abortos espontâneos recorrentes são vividos com sofrimento, tristeza e desânimo. Além disso, o significado de maternidade aparece fortemente idealizado e mobilizador de muitas expectativas, sendo o futuro condicionado ao nascimento de um filho.

Com relação aos aspectos emocionais observados em mulheres após a ocorrência de uma perda gestacional, Volkmer (2009), a partir de um estudo qualitativo realizado em Salvador/BA sobre os significados de maternidade para mulheres com história de perdas gestacionais recorrentes, relata que os sentimentos de culpa e de vulnerabilidade foram muito comuns entre as entrevistadas. O sentimento de culpa encontrou-se relacionado ao significado de causalidade atribuído às perdas,

relacionado a alguma ação danosa empreendida pelas mulheres ou a algum problema de ordem física ou psíquica concernente a estas. Esse sentimento também apareceu de modo subjacente em algumas narrativas, como em situações em que as entrevistadas analisaram positivamente o fato dos parceiros não tê-las responsabilizado pelas perdas. Por sua vez, o sentimento de vulnerabilidade pessoal ao longo de cada nova tentativa de gravidez caracterizou o estado subjetivo de todas as entrevistadas. Ou seja, a gravidez, após a história de perdas gestacionais recorrentes, era percebida como um evento estressante, potencialmente ameaçador – visto que poderia levá-las a vivenciar no futuro determinados eventos avaliados como negativos, como complicações gestacionais, uma nova perda, conflitos familiares, entre outros –, e que suscitava emoções como o medo e a ansiedade.

A emergência do sentimento de culpa também foi identificada no estudo realizado em São Paulo/SP por Benute, Nomura, Pereira, Lucia e Zugaib (2009) com a finalidade de caracterizar a população que sofreu abortamento (provocado e espontâneo) e investigar a existência ou não de ansiedade e depressão através da aplicação de instrumento padronizado. Com relação à amostra de mulheres com abortamento espontâneo, o sentimento de culpa esteve relacionado à crença de que eram merecedoras de um castigo. Além disso, foi encontrada uma provável presença do transtorno de ansiedade, mas ausência de depressão.

A fim de lidar com essas incertezas futuras, Volkmer (2009) constatou que algumas mulheres tentaram se afastar da fonte de estresse, afirmando que não queriam mais engravidar. No entanto, essa decisão não se sustentava por muito tempo e elas voltavam a engravidar novamente. Isto aconteceu por várias razões: pela redução do sofrimento relacionado à última perda em função do passar do tempo, pelo uso inadequado de contraceptivos ou influenciadas pelo desejo do parceiro pela paternidade. Com a confirmação da gravidez, empreendiam outras estratégias de enfrentamento, como a tentativa de não se vincular afetivamente ao bebê em desenvolvimento – e assim, por exemplo, não comprar o enxoval,

não dar um nome para o bebê e não compartilhar a notícia da gravidez com familiares e amigos.

Outro recurso de enfrentamento utilizado consistiu no esforço em manejar a situação causadora de estresse, como buscar atendimento médico especializado e fazer uso de algumas tecnologias médicas, submetendo-se a procedimentos cirúrgicos como a cerclagem e fazendo uso de medicamentos para "segurar o bebê" – mesmo quando envolviam sacrifícios pessoais, sofrimento físico e emocional.

Na literatura internacional, a descrição da experiência de nova gravidez após perda gestacional foi realizada por Coté-Arsenault e Freije (2004), por meio de um estudo fenomenológico nos Estados Unidos. As mulheres entrevistadas afirmaram que a gravidez seguida de perda implicou em uma devastação emocional que podia continuar por um período extenso após a perda e ter um longo alcance na vida de uma mulher. Gestações mal sucedidas podem ter um impacto negativo, fazendo-se presentes quadros de ansiedade e um sentimento aumentado de vulnerabilidade. O mesmo é reafirmado por um estudo realizado por Bowles et al. (2006), nos Estados Unidos, o qual indica que muitas mulheres, após aborto espontâneo, podem apresentar desordem de estresse agudo, bem como estresse pós-traumático. Os autores afirmam ainda que as mulheres que desenvolveram desordem de estresse agudo eram significativamente mais propensas a apresentar desordem de estresse pós-traumático subsequente.

Nesse sentido, Brisch, Munz, Kachelle, Terinde e Kreienberg (2005) e colaboradores realizaram um estudo longitudinal e prospectivo na Alemanha, com o objetivo de avaliar o impacto das experiências anteriores como o nascimento de uma criança natimorta, aborto espontâneo ou parto prematuro sobre a ansiedade das mulheres grávidas, em vários subgrupos com alto risco para anormalidade fetal, em comparação com um grupo controle sem risco, de mulheres com gestações não complicadas. Entre os resultados encontrados pode-se destacar que todas as mulheres com gestação de alto risco apresentaram elevados níveis de ansiedade no momento imediato que precedeu o exame de ultrassonografia. Porém,

os pesquisadores constataram um declínio significativo da ansiedade no decorrer das 10-12 semanas seguintes. Os níveis de ansiedade também diminuíram logo após o exame de ultrassom. Por outro lado, o nível de ansiedade não aumentou no grupo de mulheres com gestações não complicadas (grupo controle). No entanto, o resultado que chama mais a atenção, por interessar especificamente ao presente trabalho, consiste nos níveis elevados ou persistentemente altos de ansiedade ao longo do tempo de mulheres grávidas que tinham experienciado aborto espontâneo ou o nascimento de um bebê natimorto. Esses achados incluem também as mulheres do grupo controle que tinham vivenciado previamente esses eventos e, do mesmo modo, apresentaram níveis crescentes de ansiedade em detrimento à confirmação médica de que o desenvolvimento da gravidez atual era sem complicações. Assim, o aumento não usual dos níveis de ansiedade pareceram ser influenciados pela experiência prévia de complicações e perdas gestacionais.

Em estudo realizado no Japão, Nakano, Oshima, Sugiura-Ogasawara, Aoki, Kitamura e Furukawa (2004), chamam a atenção para a existência de alguns preditores psicossociais de êxito gestacional após vivência de abortos espontâneos recorrentes. Por meio de um estudo prospectivo baseado em duas ondas de entrevistas diretas e questionários autorrelatados com mulheres com história de aborto espontâneo recorrente, eles conseguiram identificar alguns desses preditores. Assim, a satisfação com o apoio social percebido, a atribuição estável de causas ao aborto anterior e a ausência de alguns sintomas psicológicos (especialmente a depressão) determinaram o resultado da gestação futura. Destaca-se que o humor depressivo, embora não severo o suficiente para satisfazer o critério diagnóstico para depressão maior, aumenta significativamente a probabilidade do aborto se repetir em uma nova gravidez. Já a importância da identificação das causas do aborto espontâneo também foi apontada por outras pesquisas, como a de Nikcevic, Tunkel, Kuczmierczyk e Nicolaides (1999), que consistiu em um estudo longitudinal prospectivo realizado na Inglaterra, com mulheres que realizaram uma ultrassonografia da 10ª a 14ª semana de gestação e receberam o diagnóstico médico

de morte fetal ou gravidez anembrionária. Os pesquisadores, ao compararem as condições psicológicas das mulheres que tinham tido as causas dos diagnósticos identificadas e daquelas que não as tinham, atribuíram a essa identificação uma redução nos sentimentos de culpa e autorresponsabilização pelo ocorrido.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo qualitativo realizado na Indonésia por Andajani-Suthahjo e Manderson (2004) com mulheres cujos bebês morreram nas primeiras semanas de vida ou nas quais houve diagnóstico de óbito fetal na gestação. De acordo com os resultados desse estudo, a falta de informações adequadas oferecidas pelos profissionais de saúde implicou na construção de fantasias a respeito da causa da perda e no sentimento de culpa. Fez-se presente também a crença de que a perda era consequência de algum ato interpretado como "mau" e cometido por elas no passado.

O aborto espontâneo, assim, compreende um evento em geral não antecipado e fisicamente traumático, que pode representar, para muitas mulheres, a ruptura abrupta dos planos reprodutivos. Ele pode despertar dúvidas sobre a competência reprodutiva, provocar uma perda na autoestima e desencadear sintomas psiquiátricos, tais como sintomas depressivos. Nesse sentido, Neugehauer et al. (1992) realizaram um estudo nos Estados Unidos a fim de testar se e sob que condições o aborto espontâneo aumenta os sintomas depressivos nas semanas iniciais após a perda. Os resultados evidenciam que as mulheres sem filhos que sofriam aborto espontâneo mostraram-se especialmente vulneráveis para sintomas depressivos. Ao contrário, a presença de vários filhos configurava-se como um elemento protetor. A presença de filhos vivos, conforme afirmam os pesquisadores, pode funcionar como um suporte psicológico indireto, por representar a evidência de sucesso reprodutivo no passado. A perda de uma gravidez desejada também foi associada com uma elevação dos níveis depressivos. Além disso, se a perda ocorreu após um tempo maior de gestação, as mulheres, aparentemente, experienciaram um aumento nos sintomas depressivos quando comparadas com mulheres que abortaram no início da gestação. De acordo com os pesquisadores,

este resultado apresenta consistência com a noção de apego (vínculo afetivo) materno para com a criança que ainda não nasceu, na medida em que as teorias do apego defendem a ideia de que esse vínculo progride à medida que a gravidez avança e que o impacto da perda corresponde à força desse vínculo.

Contraditoriamente a esse resultado, Thomas (1995), em discussão acerca dos efeitos das perdas gestacionais involuntárias sobre as famílias na Inglaterra, afirma que a experiência emocional de uma mulher após uma perda gestacional não se encontra diretamente relacionada à experiência física, isto é, ao tempo de gestação. Para esse autor, um dos principais determinantes para a experiência emocional consiste no significado atribuído pela mulher à perda gestacional. E assim, se em estágios iniciais da gravidez a mulher considera o feto como o seu bebê, ela será emocionalmente afetada quando ocorrer o aborto espontâneo.

Swanson (2000) traz uma contribuição interessante nesse sentido, a partir de um estudo realizado nos Estados Unidos e que visava desenvolver e testar uma teoria baseada no modelo de Lazarus sobre emoções e adaptação que tornaria possível predizer a intensidade dos sintomas depressivos após quatro meses e um ano da vivência de um aborto espontâneo. Os achados do estudo evidenciam que as mulheres com maior risco para sintomas depressivos mais intensos após aborto espontâneo são aquelas que atribuem elevada significação pessoal para o aborto espontâneo, não dispõem de suporte social, têm força emocional (percepção do *self* como emocionalmente forte/recursos emocionais) mais baixa, usam estratégia de *coping* passivo, têm renda mais baixa e não engravidam ou dão à luz no período de um ano após a perda.

Com relação à significação do aborto espontâneo, o estudo encontrou uma associação positiva entre o número de abortos espontâneos prévios e a importância atribuída a este evento. Na direção oposta, quanto mais filhos as mulheres tinham, menor o significado pessoal atribuído. Significação pessoal mais alta estava associada com depressão aumentada após quatro meses e um ano após a perda. Esses resultados encontraram-se também associados com um aumento de *coping* passivo e ativo

quatro meses após o aborto espontâneo e com um aumento do *coping* passivo após um ano. O pesquisador ressalta que esses achados após quatro meses do evento da perda sugerem que as mulheres engajaram-se em uma variedade de estratégias para lidar com a dor emocional. No entanto, o *coping* passivo – como se manter sozinha e culpar-se pelo ocorrido como modos de lidar com essa dor emocional – foi fortemente associado com sintomas depressivos após quatro meses e um ano do aborto espontâneo, consistindo em estratégias utilizadas pelas mulheres em que o suporte social encontra-se ausente. No entanto, segundo afirma o pesquisador, nem todas as razões das mulheres para experienciar os sintomas depressivos estavam relacionadas a seus abortos espontâneos. Isto pode significar que elas poderiam estar lidando, simultaneamente, com outros eventos de vida significativos que as levariam a vivenciar sentimentos de tristeza. Porém, uma explicação alternativa corresponde ao fato de que algumas mulheres não seriam conscientemente capazes de reconhecer para si mesmas que os abortos espontâneos tinham e seguiam tendo uma significação pessoal para ela. Isto possivelmente estaria relacionado a discursos socioculturais acerca das atitudes sociais aceitáveis que ignoram o aborto espontâneo ou a um conjunto de expectativas de que as mulheres deveriam superá-lo.

Com relação às atitudes sociais de não reconhecimento do aborto espontâneo como uma perda, Renner, Verdekal, Brier e Fallucca (2000), realizaram um estudo nos Estados Unidos com o objetivo de determinar se o aborto espontâneo é uma perda não reconhecida e avaliar o significado desse evento para as outras pessoas. De acordo com os resultados encontrados, o aborto espontâneo não compreende uma perda não reconhecida; no entanto, consiste em um evento no qual, no âmbito cultural, consegue-se apenas identificar o seu "significado base" (*grounded meaning*), isto é, atributos específicos, elementos e atividades que cercam o evento, mas pouco "significado avaliativo" (*valuation meaning*) – relacionado à importância associada com o "significado base". Conforme os pesquisadores, consiste em uma tarefa difícil para outras pessoas construírem um "significado avaliativo" para este tipo de perda, prova-

velmente porque, em geral, essa perda não é aparente e muitas pessoas nem mesmo sabiam que a mulher estava grávida. Deste modo, sem o "significado avaliativo", as outras pessoas dispõem de recursos limitados para julgar o que dizer para uma mulher e, portanto, oferecem apenas um suporte mínimo durante este evento. Assim sendo, os pesquisadores concluem que o aborto espontâneo configura-se como uma ocorrência que possui um significado concreto para as outras pessoas, mas pouco significado emocional. As razões para esta falta de significado emocional incluem o fato de que o aborto espontâneo consiste em um evento que é tratado no âmbito cultural em silêncio, além de possuir escassos marcadores físicos que permitam a observação de que uma perda ocorreu.

Hsu, Tseng, Banks e Kuo (2004) realizaram um estudo em Taiwan com o objetivo de explorar os significados atribuídos ao óbito fetal por mulheres inseridas naquele contexto cultural. Vale ressaltar que, no contexto cultural estudado, a morte é vivenciada como um tabu e o bebê nascido morto não é reconhecido como um bebê real. Dentre os significados encontrados, destaca-se a perda de controle; a quebra de sonhos; sentimentos de incompletude; culpa; derrota pessoal; sentimento de menos-valia como mulher e em relação ao seu papel na sociedade. A dificuldade de realizar rituais de morte e expressar seus sentimentos – não autorizados culturalmente – afetaria as mulheres na elaboração adequada do luto pela morte do bebê.

Por sua vez, Callister (2006) também aponta para a profunda influência da cultura sobre as respostas – especialmente das próprias mulheres – a perda perinatal como o aborto espontâneo, a gravidez ectópica, o natimorto e a morte neonatal. Conforme este autor, em culturas onde, por exemplo, é atribuída uma importância simbólica à concepção, à gravidez e à infância, sendo altamente valioso ter filhos, a perda perinatal pode se configurar como um evento muito significativo e doloroso para uma mulher e/ou casal.

De acordo com Reagan (2003), as reações das mulheres à vivência de um aborto espontâneo não é nem puramente pessoal, nem universal. Os significados do aborto espontâneo, bem como os de maternidade,

são cultural, social e historicamente produzidos. Enfatiza, assim, a importância do contexto para a determinação destes significados. Segundo este autor, a representação normativa do aborto espontâneo mudou drasticamente ao longo do século XX. Tomando como referência a América do Norte, argumenta que, no começo do século, o aborto espontâneo era representado como uma causa de dano físico para as mulheres. Na metade do século, era representado como boa sorte para aquelas que não queriam estar grávidas e vivenciavam a gravidez com aflição. Já no fim do século, o aborto espontâneo era representado como uma fonte de devastação emocional, uma tragédia pessoal, um sofrimento eminentemente feminino. Esta mudança ideológica que se efetivou durante a década de 1980 sofreu a influência de muitos fatores, como a de um novo movimento social surgido na Europa e nos Estados Unidos que imprimiu ao aborto espontâneo novos significados, como a equivalência deste evento à perda de uma criança, exigindo-se a vivência do sofrimento materno, assim como do luto pela perda.

Seguindo nessa mesma direção, Jutel (2006), baseado no contexto sociocultural da Nova Zelândia, chama a atenção para a variedade de termos, utilizados por diferentes comunidades para descrever uma gravidez que não resulta no nascimento de uma criança com vida. Entre esses termos destacam-se o "aborto espontâneo" e o "natimorto". De acordo com esse autor, esses termos são mais do que meras palavras, na medida em que carregam consigo uma gama de significados e consequências sociais. Ou seja, são parte de um contexto cultural e político mais amplo, expressam valores sociais e afetam a prática social.

O conteúdo cultural dos termos "aborto espontâneo" e "natimorto", assim, apresentam desafios quando analisados em profundidade. Afinal, o natimorto é distinguido do aborto espontâneo pela viabilidade potencial do feto, isto é, refere-se ao parto de um bebê que teria sido viável no momento em que ele deixou o útero materno, mas que nasceu sem vida, ao contrário do aborto espontâneo. No entanto, o que constitui viabilidade é fundamentado no estado de conhecimento da comunidade médica, sua habilidade e recursos tecnológicos para manter vivo um bebê nascido

antes do tempo. Desta forma, nomear um evento, como a morte fetal, reflete o estado do conhecimento naquele período histórico que é fortemente influenciado pelos valores e interesses da sociedade. O autor problematiza, então, por que alguns bebês não viáveis podem ser considerados natimortos enquanto outros não. Na prática, as consequências dessas contradições são evidentes: os familiares de bebês natimortos, até mesmo aqueles fora dos limites atuais de viabilidade, são em geral providos com rituais de reconhecimento da concepção e do pesar, tais como certidão de nascimento e morte, e enterro, enquanto aquelas famílias que vivenciaram um aborto espontâneo não o são – apesar de, em muitos casos, os sentimentos de perda serem igualmente profundos.

A maneira pela qual a morte fetal será recebida pela mulher, por seu parceiro, familiares, sistemas de suporte e profissionais de saúde depende de circunstâncias psicológicas, sociais e individuais complexas. Assim, enquanto um grupo poderia experienciar a morte gestacional como uma perda, outro poderia percebê-la como um alívio – e, de fato, poderia voluntariamente provocá-la. Para o autor, são as posições subjetivas disponíveis para as mulheres que experienciaram a morte gestacional que são problemáticas. Mas, ainda assim, nem a mulher, nem qualquer outro indivíduo, podem mudar as palavras, os estatutos, as leis implicadas nessas posições inoportunas. Deste modo, o autor recomenda que a centralidade da mulher na gravidez enquanto protagonista seja restaurada. Afinal, quando se usa o termo "aborto espontâneo recorrente sem explicação", por exemplo, situa-se o fim da gravidez no modelo centrado nos aspectos médicos, mas perde-se de vista o significado do evento para a mulher. Trazendo a discussão de volta para a mulher, é permitido a ela reconhecer a perda de um bebê, se este é o modo como ela interpreta a experiência. O autor conclui, então, que a experiência do evento deve ser localizada não na história médica, mas na experiência vivida pela parturiente.

No contexto brasileiro, as crenças sobre gestação, parto e maternidade em gestantes com histórico de abortamento de repetição foram investigadas por Espindola, Benute, Carvalho, Pinto, Lúcia e Zugaib (2006), em São Paulo/SP. Entre os achados, os autores destacam a influência da

cultura e dos valores sociais enquanto fatores importantes às questões referentes à gestação e a maternidade. Para as mulheres entrevistadas, gerar um filho é uma tentativa de dar novo sentido à vida, sendo uma realização que vai além da esfera pessoal, pois reflete os aspectos sociais e culturais do que se espera de uma mulher. A reprodução é vista como uma norma social, em que se espera das mulheres que desejem e gerem filhos, sendo a maternidade reforçada culturalmente como algo bom e necessário, colocando-as, conforme os autores, em uma posição extremamente vulnerável ante a possibilidade de gerá-los.

Deste modo, formar e romper vínculos com o bebê em gestação e as subsequentes reações emocionais da mulher/casal interagem com os diferentes contextos que permitem a sua expressão. Na seção a seguir serão abordados aspectos específicos sobre essas reações emocionais – na situação em que a interrupção involuntária da gestação é experienciada enquanto perda. Ou seja, serão abordados os processos envolvidos no trabalho de luto.

A perda gestacional e suas reações emocionais: o processo de luto

A elaboração do luto em decorrência à perda de um bebê é um tema que vem sendo explorado pela literatura. (Duarte & Turato, 2009)

O luto, de acordo com Parkes (1998) compreende uma reação à perda de uma pessoa significativa. É um processo que envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem. Apesar das diferenças que pode haver de uma pessoa para outra, o luto apresenta um padrão comum o que, conforme este autor, permite considerá-lo como um processo psicológico distinto. E assim, a primeira fase do luto, o entorpecimento, dará lugar à saudade ou à procura pela pessoa perdida, que posteriormente será substituída pela fase de desorganização e desespero que, por fim, dará lugar à fase de recuperação. (Bowlby, 2004)

Outros autores também descrevem este padrão distinto do processo de luto. Para Worden (1998), o processo de luto é composto por quatro tarefas básicas que devem ser realizadas para que seja restabelecido o equilíbrio e completado o processo de luto. Tarefas não concluídas, de acordo com este autor, podem prejudicar o crescimento e o desenvolvimento futuros. Desta maneira, a primeira tarefa consiste em aceitar a realidade da perda, reconhecendo que esta ocorreu e que é definitiva; a segunda tarefa compreende o reconhecimento e a elaboração da dor da perda; a terceira tarefa, por sua vez, implica no esforço do enlutado em se ajustar ao ambiente onde está faltando a pessoa que morreu; e, por fim, a quarta tarefa exige do enlutado reposicionar, no âmbito da sua estrutura psicológica, a pessoa que morreu e seguir em frente com a sua vida. O luto termina quando estas tarefas são completadas.

Franco (2010a), por sua vez, descreve o luto dando ênfase a uma compreensão mais dinâmica e próxima da vivência particular, isto é, como um processo de construção de significados que permite revisões na identidade, relações sociais e sistema de crenças. Para essa autora, formar e romper vínculos faz parte da identidade humana. (Franco, 2010b)

No presente estudo, o entendimento do trabalho de luto aproxima-se dessa última proposição, sendo caracterizado como um processo afetivo-semiótico de reparação desencadeado após a ocorrência de uma ruptura e perda significativa na trajetória de vida, como é o caso de perdas gestacionais involuntárias. Entretanto, o nosso interesse incide sobre a análise dos microprocessos de reparação da ruptura que ocorrem no âmbito do *self*, em articulação com as interações sociais e com os aspectos socioculturais do contexto – ao longo do tempo irreversível – e a partir da perspectiva teórica do construtivismo semiótico cultural em psicologia. (Simão, 2007) Alguns dos capítulos seguintes abordarão essa análise microgenética de casos singulares. Além disso, o capítulo 9 aprofundará teoricamente o conceito de estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self* – um conceito que oferece generalidade para o específico das perdas gestacionais.

As perdas gestacionais, de acordo com Walsh e McGoldrick (1998), compreendem, muitas vezes, perdas ocultas, na medida em que são frequentemente desconhecidas das outras pessoas ou não reconhecidas, consideradas como não eventos. A preocupação inicial da rede social é com a saúde da mulher; somente aos poucos se começa a perceber, de modo mais amplo, o que foi perdido. Além disso, as mulheres parecem sentir mais profundamente a perda do que seus parceiros, vivenciando, ao mesmo tempo, uma série de preocupações. Uma das principais preocupações relaciona-se à sua capacidade de ter um filho em uma futura gravidez, podendo também se fazer presente o medo do impacto da perda sobre o relacionamento afetivo com o parceiro. (Worden, 1998) A culpa consiste em um sentimento muito comum, que pode levar à censura ou à autocensura, sendo a perda interpretada como resultado da deficiência do seu próprio corpo ou de ações danosas empreendidas. (Walsh & McGoldrick, 1998) Os parceiros também podem ser alvo de recriminações por parte da mulher, devido à percepção de que eles não sentem o mesmo que elas. (Worden, 1998) Além do sentimento de culpa, a vergonha também pode se fazer presente, relacionada à incapacidade de dar à luz a um bebê sadio. (Bowlby, 2004)

Conforme visto acima, a perda gestacional enquanto objeto de interesse da pesquisa e teoria em psicologia já aparecia nos trabalhos de John Bowlby realizados no início da década de 1960, alicerçados em sua teoria do apego. De acordo com Bowlby (2004), apesar de o laço afetivo entre pais e filho ser ainda muito recente, os padrões gerais de reação à perda são muito semelhantes a outros tipos de perdas, como nos casos da morte de um cônjuge. Assim, pode-se fazer presente o torpor, seguido de aflição somática, anseio, raiva e subsequente irritabilidade e depressão. Outra reação à perda compreende a tentativa dos pais de substituir um filho perdido tendo outro. Conforme Bowlby (2004), essa reação revela-se perigosa, pois pode comprometer o processo de luto, além de poder levar os pais a perceber o novo filho como o retorno daquele que morreu – resultando em uma relação distorcida e patológica entre pais e filho. O autor ainda recomenda que os pais esperem um

ano ou mais antes de tentar uma nova gravidez. O objetivo deste período de tempo consiste em possibilitar uma reorganização da imagem da criança perdida, conservando-a como uma lembrança viva, distinta de qualquer outro filho. Essa recomendação parece ainda pertinente nos dias atuais, na medida em que o processo psíquico de elaboração de uma perda exige tempo – ainda que não seja possível determinar quanto tempo seja necessário para a elaboração do luto.

Para Worden (1998), na medida em que perdas gestacionais como o aborto espontâneo e o natimorto envolvem a perda de uma pessoa significativa, é importante que os pais realizem o trabalho de luto. No luto por óbito fetal, são determinantes os fatores relacionados ao diagnóstico e tratamento, motivações para a gestação e fatores relativos ao seu planejamento. (Silva & Nardi, 2011) No entanto, um dos obstáculos comum ao início desse processo consiste na dificuldade de falar sobre a perda, visto que a rede social frequentemente ou desconhecia a gravidez ou demonstra desconforto sobre esta experiência – o que inclui também os profissionais de saúde. (Worden, 1998) As mulheres nessas situações, de acordo com Doka (1989, citado por Parkes, 1998), vivenciam um "luto não autorizado", na medida em que a perda experienciada não pode ser abertamente apresentada, socialmente validada ou publicamente lamentada. E na medida em que esses aspectos fazem-se presentes, alguns problemas podem surgir na expressão do luto, como a sua intensificação em consequência do fato de ter sido ignorado ou reprimido. (Parkes, 1998)

O processo de luto vivenciado com o abortamento espontâneo pode ser entendido, conforme Benute et al. (2009), a partir de dois fatores preponderantes: a perda do filho real desejado e imaginado ou do filho potencial desencadeado a partir do momento em que uma mulher sabe que está grávida; e o desvio do padrão de comportamento esperado socialmente, na medida em que a maternidade ainda é reconhecida como uma condição inerente à mulher. A "mulher é fruto das exigências e das transformações de sua época, mas carrega consigo uma inscrição de maternidade". (Benute et al., 2009, p. 326)

Volkmer (2009), ao analisar o processo de luto de mulheres com história de perdas gestacionais recorrentes, observou que o padrão de reação emocional mais comum após a vivência das perdas consistiu na intensificação do luto ao longo do tempo. Após as primeiras perdas gestacionais, a vivência do luto ocorreu de modo parcial ou incompleto. Alguns indícios foram encontrados nesse sentido: sentimentos de pesar e de tristeza apenas em um momento imediato à perda, mas dissipados logo que retornavam às suas casas; ao fato de se desfazerem precipitadamente e sem critérios dos pertences do bebê (evitar lembranças); de não participarem dos rituais fúnebres (evitar o reconhecimento da perda e, com efeito, o seu pesar); não querer falar sobre a perda nem sobre assuntos afins, e, em alguns casos, por engravidarem novamente logo após a perda (substituição do bebê perdido). Essas condutas parecem estar relacionadas a uma tentativa de suprimir o sofrimento emocional que a perda gestacional implicaria e de não querer assumir um luto socialmente não legitimado. Porém, com a repetição das perdas, o luto antes não vivenciado parece emergir de modo mais intenso na vida dessas mulheres, a ponto de, em alguns casos, haver o desencadear de sintomas psiquiátricos, como síndromes depressivas, transtornos de ansiedade e síndromes fóbicas.

No entanto, a intensificação das reações às perdas gestacionais também esteve associada à mudança no apoio oferecido pela rede social, em especial pelas famílias, ao longo da trajetória reprodutiva. Isto porque, para os membros da família, a repetição das perdas e do sofrimento emocional relacionado parece penetrar na esfera do insuportável, esboçando-se uma atitude de afastamento e isolamento em relação ao casal. Assim, a experiência emocional dessas mulheres aparece, com o passar do tempo, cada vez mais marcada pela culpa, medo e ansiedade. (Volkmer, 2009) Os profissionais de saúde, por sua vez, também não se apresentaram como fontes de apoio emocional, e em algumas situações foram, pelo contrário, responsáveis pela ampliação do sofrimento e do desamparo. É do que se trata na seção a seguir.

Os profissionais de saúde no atendimento dos pais após experiência de perdas gestacionais

O comportamento dos profissionais de saúde diante uma perda gestacional envolve, desta forma, um aspecto importante no que tange ao favorecimento do trabalho de luto dos pais. De acordo com Estok e Lehman (1983), em um estudo qualitativo realizado nos Estados Unidos, após a morte de um feto ou de um bebê recém-nascido, alguns profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, comportam-se de modo inadequado, segundo a perspectiva dos pais enlutados. Isto porque têm dificuldade de lidar com a morte perinatal. Assim, alguns evitam a morte ou simplesmente dizem que "essas coisas acontecem"; são hostis; fazem uso de pensamento mágico fazendo referência ao fato de que os pais poderão ter outros filhos, ou que têm sorte de já ter filhos – minimizando assim o evento da perda; ou ainda submetem a mulher à sedação, isolando-a do contato com outras pessoas sob a alegação de protegê-la.

Outro estudo qualitativo, com enfoque fenomenológico, realizado na Espanha por Montero, Sánchez, Montoro, Crespo, Jaén, e Tirado (2011) também investigou a experiência de profissionais de saúde (enfermeiros, parteiras, auxiliares de enfermagem e obstetras) de um hospital público em situações de morte e luto perinatal. Os resultados do estudo revelam que a assistência prestada enfatizou os cuidados físicos, mas negligenciou os aspectos emocionais dos casais que experienciaram a perda gestacional. Deste modo, em muitas ocasiões a atuação foi caracterizada como distante, havendo a negação da gravidade da perda, principalmente em gestações precoces. De modo geral, evidenciou-se a falta de estratégias, de destreza e de recursos dos profissionais para enfrentar essas situações e dar respostas adequadas às demandas dos casais. O momento de comunicar a notícia da perda consistiu em um evento crítico para os médicos, gerando ansiedade. Assim, o evento de perda perinatal despertou nos profissionais de saúde sentimentos tais como pena, ansiedade, insegurança, ressentimento, culpa, frustração, raiva, sensação de fracasso e impotência – pois não sabem como enfrentar e manejar essas situações.

Os pesquisadores acima citados alertam para a necessidade de uma formação específica dos profissionais sobre o pesar perinatal, habilidades de comunicação e técnicas de relacionamento de ajuda. Para eles, torna-se fundamental promover programas de treinamento voltado para os profissionais de saúde, para que eles possam adquirir conhecimentos, aptidões e habilidades em pesar perinatal e desenvolver uma diretriz de prática clínica para o cuidado da perda perinatal.

Com relação à assistência ao parto de um feto morto, o estudo realizado por Gold, Dalton e Shwenk (2007), nos Estados Unidos, revelou que quando a mulher e/ou o casal tem a opção de decidir sobre a indução do parto, o controle da dor, a posição no parto isso contribui para o desenvolvimento normal do trabalho de luto.

Algumas recomendações são tecidas na literatura, destinadas aos profissionais de saúde, a fim de que eles possam facilitar o processo de luto dos pais que perderam um bebê. Entre as orientações, pode-se destacar a necessidade dos profissionais de informar aos pais imediatamente sobre a condição do bebê e fornecer informações sobre o ocorrido baseadas em fatos, quando disponíveis; expressar sentimentos sobre a perda parental com palavras que possam consolar os pais, assim como tocá-los afetuosamente e apropriadamente, na medida em que as palavras nem sempre são necessárias ou oportunas; encorajar os pais a chorar a perda abertamente; encorajar os pais para que vejam e segurem o bebê (após a descrição da sua aparência); e, por fim, reconhecer que os pais tiveram uma perda real, uma morte, evitando agir como se a morte não tivesse ocorrido. (Estok & Lehman, 1983; Worden, 1998) Ajudar as famílias a tornar real essa perda implica em estimulá-las a compartilhar decisões sobre a disposição do corpo, sobre a escolha do nome do bebê e a realizar e participar de rituais como funeral. Objetos como fotografias do bebê, certidão de nascimento, impressões do pé, mecha de cabelo entre outros, podem também ajudar a tornar a perda real. (Gold, Dalton, & Shwenk, 2007; Worden, 1998)

De modo geral, Parkes (1998) orienta que os profissionais de saúde reconheçam o luto como um processo doloroso pelo qual a família

precisa passar, cientes de que os sintomas precisam ser vistos em contexto. Além disso, ao mostrarem interesse em aceitar as necessidades dos enlutados, podem ajudá-los de modo muito mais efetivo do que, por exemplo, limitar-se a prescrever medicamentos com o objetivo de aliviar o estresse do luto.

Persistência na vida: a experiência de ruptura-transição desenvolvimental na perspectiva da psicologia construtivista semiótico-cultural

O estudo aqui apresentado alicerça-se em duas suposições teóricas centrais sobre o desenvolvimento: a irreversibilidade do tempo e a natureza semiótica e dialógica das experiências humanas. Ambas as suposições têm sido sistematicamente exploradas por duas importantes tradições teóricas: a ciência desenvolvimental e a psicologia sociocultural. (Zittoun, Valsiner, Vedeler, Salgado, Gonçalves, & Ferring, 2013)

A ciência desenvolvimental configura-se como a perspectiva geral que é orientada em direção ao estudo dos processos desenvolvimentais. Desenvolvimento é a propriedade dos sistemas abertos de sofrer transformações nas formas qualitativas, sob constante relação com o meio ambiente, e dentro do tempo irreversível.

Por sua vez, a psicologia sociocultural afirma que o desenvolvimento humano é regulado por signos. A função semiótica media tudo, desde experiências pessoais às culturais. Os seres humanos criam signos através dos quais eles organizam e dão sentido aos seus mundos subjetivos, ao longo de toda sua vida.

É sob as lentes destas perspectivas teóricas que as experiências da gravidez, da maternidade e da perda gestacional serão analisadas. Vale ressaltar que a gravidez compreende um evento no qual a ideia de tempo irreversível torna-se mais explícita, ilustrando o relacionamento dos seres humanos com o vir a ser, com o futuro. Ao saber-se grávida, ou mesmo antes disso, uma mulher antecipa, projeta para o futuro um lugar simbólico para essa nova pessoa em sua vida, imaginando características

físicas e de personalidade do filho, bem como o tipo de relacionamento dialógico e afetivo que será estabelecido entre eles – construções mentais que vão dando forma simbólica a um futuro filho e a uma futura mãe. Deste modo, esta relação futura e potencial é antecipada.

A ocorrência de uma perda gestacional involuntária, assim, ganha uma dimensão que não se limita ao momento presente, da perda do feto em si, mas alcança a perda de um bebê imaginado, do filho antecipado no futuro. Por esta razão, a perda gestacional espontânea é entendida em termos de ruptura, uma interrupção abrupta do processo de construção identitária em curso. Descontinuidade do sentido de si. Interrupção de um processo de adaptação à uma nova condição, isto é, da identidade social de ser mãe, através do qual práticas e campos de significados pessoais e coletivos preparam os sujeitos em transformação para o porvir.

A perspectiva teórica que une as noções de desenvolvimento humano e cultura tem sido denominada por Simão (2007) como construtivismo semiótico-cultural.

Psicologia Construtivista Semiótico-Cultural

A noção de maternidade – assim como a noção de aborto, ou de uma mulher sem filhos – é carregada de valor em nosso contexto sociocultural, sendo socialmente promovida e pessoalmente internalizada. Conforme afirmam Farinati, Rigoni e Muller (2006, p. 436):

> A constituição do desejo de maternidade e paternidade faz parte da cadeia simbólica constituída da própria identidade do sujeito. Nascemos emaranhados numa teia de desejos maternos e paternos [conscientes e inconscientes], carregando as marcas de estarmos vinculados a uma trama simbólica, que transcende a biologia, mas que por meio dela revela nosso pertencimento a uma família, a uma geração, a um lugar no mundo.

A maternidade e o abortamento são situações social e culturalmente reguladas, permeadas por sugestões sociais presentes em ambientes

humanos semioticamente organizados ou estruturados a partir da combinação de signos diversos, que possuem a função de guia social. O poder de tais situações e vivências sociais e os significados hipergeneralizados que delas emergem guiam e organizam a conduta, o pensamento e os afetos humanos, demonstrando, assim, a centralidade da cultura dentro das mentes humanas. (Valsiner, 2012)

Conforme Bruner (1997a), a cultura molda a vida e as mentes humanas, dá significado à ação e situa seus estados intencionais subjacentes (crenças, desejos e significados) em um sistema interpretativo. Pode ser definida como um conjunto de ferramentas com técnicas e procedimentos que possibilitam o indivíduo entender o seu mundo e lidar com ele. A mente, conforme este teórico, é criadora de significados e, assim, ao mesmo tempo em que é constituída pela cultura, também a constitui. (Bruner, 1997b)

Valsiner (2012), por sua vez, atribui uma natureza dinâmica e processual ao funcionamento da cultura dentro dos sistemas psicológicos humanos – o que inclui tanto o domínio intrapessoal, isto é, o sentir, o pensar e o agir, bem como o domínio interpessoal, que envolve a conduta e a prática discursiva em relação às outras pessoas. A cultura pode ser entendida como um sistema de mediação semiótica – isto é, mediação que se estabelece por meio de signos –, e que compreende uma parte inerente da organização sistêmica das funções psicológicas superiores humanas. Para Valsiner, desse modo, a cultura consiste em um processo de internalização e externalização, pessoa e mundo social constituindo-se mutuamente.

As pessoas estão envolvidas em constante reconstrução de seus mundos intrapsicológicos através da permanente troca de materiais perceptivos e semióticos com o ambiente. Nesse sentido, a internalização consiste no processo construtivo de percepção e análise das experiências ou dos materiais semióticos existentes no mundo social e de sua síntese, sob uma nova forma, dentro do domínio intrapsicológico. (Valsiner, 2012) Isto é, consiste na transformação construtiva dos significados do ambiente social para o mundo subjetivo, promovendo a inovação dos

significados pessoais. (Zittoun et al., 2013) Por sua vez, a externalização consiste no processo construtivo de análise dos materiais existentes nas culturas pessoais, ou seja, intrapsicologicamente, durante a sua transposição do domínio interno da pessoa para o domínio externo (ambiente), e a subsequente modificação do ambiente como uma forma de nova síntese desses materiais. Os resultados da externalização alimentam prospectivamente o processo de internalização em andamento, ao mesmo tempo em que o progresso da internalização em andamento promove o processo de externalização. (Valsiner, 2012)

Assim, as pessoas, de acordo com esta perspectiva, criam signos, utilizando a sua história de construção de signos, sob a orientação de outros seres humanos que, nesse empreendimento de fabricar sentidos, são coletivamente orientados por diferentes instituições sociais. O signo, conforme Vigotski (2008), consiste em um instrumento psicológico que se produz na relação e afeta e transforma os indivíduos, que passam a funcionar na esfera do simbólico. Nas palavras do autor, o signo possui a função de mediação. Constitui um meio da atividade interna, dirigido para o controle do próprio indivíduo: "o signo é orientado internamente". (Vigotski, 2008, p. 55) E, enquanto produção humana, atua de diversos modos: "como um elemento mediador (funciona entre, remete a), operador (faz com que seja), conversor (transforma) das relações sociais em funções mentais.... Ele pode ser concebido, ainda, em seu caráter "constitutivo, flexível e reflexivo". (Smolka, 2004, p. 45)

Desta forma, esse processo dual de internalização e externalização torna cada indivíduo uma pessoa singular, embora sob as bases de uma mesma matriz cultural, na medida em que mensagens culturais, apesar de similares para diferentes indivíduos, são transformadas e reconstruídas de modo necessariamente singular. Na transmissão cultural do conhecimento, então, os indivíduos transformam ativamente as mensagens culturais, o que conduz a múltiplos cursos de reconstrução de mensagens, e torna possível a emergência da novidade.

Essa ideia apresentada por Valsiner aproxima-se da noção de internalização ou conversão conforme entendida por Vigotski (2008). Afinal,

conforme este teórico, a partir da lei genética do desenvolvimento cultural, todas as funções psicológicas superiores do desenvolvimento humano aparecem primeiro no nível social, entre pessoas (interpsicológico) e, apenas posteriormente – por meio da internalização – no nível individual, no interior de uma pessoa (intrapsicológico). A internalização, assim, compreende a "reconstrução interna de uma operação externa [onde um] processo interpessoal é transformado num processo intrapessoal". Essa transformação em processos internos, no entanto, é resultado de um desenvolvimento prolongado e implica em mudanças nas leis que governam a atividade das funções: "elas são incorporadas em um novo sistema com suas próprias leis". Está envolvida aqui a reconstrução da atividade psicológica tendo como base a operação com signos, traço especificamente humano: "a internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui o aspecto característico da psicologia humana". (Vigotski, 2008, p. 58)

Deste modo, a conversão, que consiste em um processo semiótico, supõe a emergência de novidade a partir de algo que, em sua essência, continua o mesmo. No entanto, não compreende um processo passivo, mas, ao contrário, pressupõe a atividade do sujeito. Assim, a significação social das relações é convertida em significação pessoal dessas relações. "Estas adquirem o sentido que lhes dá o indivíduo". (Sirgado, 2000, p. 68) Assim sendo, a função mediadora da significação permite a reversibilidade do processo: "o que é social se converte em pessoal e o que é pessoal se converte em social". (Sirgado, 2000, p. 69) Por outro lado, as funções mentais são dinâmicas e se encontram constantemente em movimento. E, "uma vez que o indivíduo está envolvido numa ampla rede de relações diferentes, pode-se dizer que ele é uma unidade feita de múltiplas relações em que ocupa múltiplas posições de sujeito de relação". (Sirgado, 2000, p. 72) Portanto, a ideia de pessoa social de Vigotski envolve tanto a ideia de unidade quanto a de multiplicidade, o que parece aproximar-se tanto das ideias de Bakthin acerca da polifonia, quanto da noção mais atual do *self* dialógico – *self* constituído por múlti-

plas posições e vozes e dinamicamente em movimento, de Hermans e colaboradores (1992, 1996, 2003, 2010).

Vale ressaltar ainda, a diferenciação que Vigotski (2000) estabelece entre significado e sentido. Para ele, o sentido compreende um todo complexo e dinâmico, aquilo que é vivido de forma singular, é o signo interpretado pelo sujeito histórico, dentro de seu tempo, espaço e contexto de vida pessoal e social. O significado, por sua vez, é mais estável e preciso, engloba as significações que são vividas coletivamente, o que é convencionalmente estabelecido pelo social. De acordo com Valsiner (2012), Vigotski vislumbrava a relação entre significado e sentido em termos dinâmicos – ambos são entidades que mudam, mas a sua mudança é diferente na estrutura do tempo. A mudança do significado é mais lenta e mais restrita, se comparada à do sentido.

De modo similar à diferenciação entre sentido e significado, como entendida por Vigotski, Valsiner (2012) faz referência ao que ele denomina de cultura pessoal e cultura coletiva. A cultura pessoal, segundo este autor, compreende os significados pessoais subjetivamente construídos, o sistema de sentido pessoal. Este sistema é interdependente do domínio dos processos comunicativos mediados por signos interpessoais – isto é, interdependente da cultura coletiva – mas não determinada por este. A cultura coletiva, por sua vez, compreende a multiplicidade de mensagens comunicativas mediadas por signos interpessoais, ou seja, consiste no "conjunto de produções e significados compartilhados pelo grupo, historicamente construídos e continuamente negociados nos processos interativos entre os seres humanos". (Madureira & Branco, 2005, p. 101) Desta forma, tanto a cultura pessoal como a coletiva são constantemente coconstruídas nos contextos das interações humanas, relacionando-se de modo dialético e contínuo. O indivíduo, deste modo, é atravessado pela história e pela cultura, é parte do todo, de acordo com a lógica da separação inclusiva – ou seja, difere estruturalmente do contexto sociocultural, mas mantém com ele uma interdependência sistêmica: "a pessoa é distinta do contexto ao mesmo tempo em que é parte dele". (Valsiner, 2012, p. 132)

Além disso, Valsiner (2012) também define a cultura como um mecanismo de distância psicológica. Isto significa dizer que, a partir da capacidade e propensão dos seres humanos para criar e utilizar recursos semióticos, estes se tornam aptos a se distanciar em relação aos seus contextos de vida imediatos. Desta maneira, o indivíduo é, simultaneamente, um ator que está imerso em um determinado contexto e um agente reflexivo que pode se distanciar do cenário no qual está imerso. Essa reflexão, que é, ao mesmo tempo, cognitiva e afetiva, permite que o sistema psicológico considere contextos do passado, imagine contextos no futuro, assim como assuma a perspectiva de outras pessoas.

A natureza dialógica do desenvolvimento humano

A partir da noção de cultura pessoal, como descrita por Valsiner (2012), outro conceito revela-se importante: o conceito de *self* dialógico. De acordo com o autor, o *self* dialógico consiste em uma entidade teórica (*self*), que é organizada através de relações dialógicas entre as suas partes componentes. Compreende, assim, o diálogo intrapsicológico entre as "partes do eu" – diálogos que ocorrem no interior da cultura pessoal. "Não apenas diferentes pessoas se engajam em diálogos, mas todos nós temos nossos próprios diálogos se processando no interior das nossas culturas pessoais". (Valsiner, 2012, p. 125) Deste modo, uma pessoa funciona com base em dois processos dialógicos, que estão mutuamente interligados: o heterodiálogo (com os outros, incluindo outros imaginários) e o autodiálogo (dentro do próprio *self*). (Valsiner, 2012)

Segundo Fogel, Kroyer, Bellagamba e Bell (2002), o *self* dialógico consiste na noção do eu composto de múltiplas posições, que interagem entre si e assumem uma perspectiva única na experiência da pessoa. Para Hermans e Hermans-Jansen (2003), o *self* pode ser descrito como um processo desenvolvimental multivocal e dialógico, que envolve a construção e reconstrução narrativa do significado dos eventos. O *self* dialógico considera a pessoa como o centro da construção social – imagi-

nativa – de possíveis posições do Eu, baseadas na experiência no mundo social. (Valsiner, 2012)

A teoria do *self* dialógico foi introduzida no campo da psicologia por Hermans, Kempen e Van Loon (1992). Emergiu da interface de duas tradições: o Pragmatismo Americano e o Dialogismo Russo. No que se refere à teoria do *self*, a inspiração foi encontrada nos trabalhos de William James (1890) e George Mead (1934). Como teoria dialógica, foi elaborada a partir das ideias sobre processos dialógicos de Bakhtin (1973). (Hermans & Hermans-Konopka, 2010) O principal argumento construído por Bakhtin, e seguido por Hermans et al (1992) consiste na metáfora das novelas polifônicas – especialmente as de Dostoievsky – que possuem como núcleo a noção de diálogo. De acordo com Hermans e Hermans-Jansen (2003), a principal característica da novela polifônica corresponde ao fato dela ser composta por um número de pontos de vista independentes e mutuamente opostos, incorporados por personagens envolvidos em relações dialógicas. Cada personagem é considerado como o autor de sua própria visão de mundo e funciona como consciência individual, com uma voz específica. A polifonia, assim, consiste nas várias vozes que são capazes de emergir, cada uma com uma visão e compromisso específico com a vida, ressaltando que, conforme afirma Bakhtin, cada voz tem sempre um envolvimento social. Deste modo, a teoria do *self* dialógico iniciada por Hermans et al (1992), explora as implicações da noção de uma polifonia dialógica, concebendo o *self* como uma multiplicidade dinâmica de *selves* relativamente autônomos. (Salgado & Gonçalves, 2007)

A ideia da polifonia dialógica é articulada ainda à distinção entre o Eu ("I") e o Mim ("me") construída por William James, que defendia o argumento de diferentes *selves*, bem como a rivalidade e o conflito entre eles. Isso levou Hermans e colaboradores a concluir que há uma multiplicidade descentralizada de posições do Eu que funcionam como autores relativamente independentes que contam as suas histórias de acordo com o seu ponto de vista. A psicologia narrativa, por sua vez, traz contribuições relevantes ao reconhecer a importância da voz e do diálogo para

o entendimento da mente humana. Um dos principais defensores da abordagem narrativa na psicologia é justamente Jerome Bruner (1997a, 1997b), que argumenta a favor de uma conexão entre a noção de voz e a construção de significado. Para esse autor, há uma relação entre significado e comunidade, ou seja, o significado é sempre modelado por uma comunidade particular, em virtude da participação dos indivíduos em uma cultura. Os indivíduos entram na vida das suas comunidades como participantes em um processo público mais amplo no qual significados coletivos são constantemente negociados.

A proposição fundamental, então, subjacente ao conceito do *self* dialógico, é a de uma multiplicidade descentralizada de posições do Eu – posições essas diferentes e, até mesmo, opostas –, organizadas em um território imaginário e dotadas de uma voz que tem histórias para contar sobre as suas próprias experiências, a partir da sua própria instância – em contraste com a ideia cartesiana do *self* separado, individualista e centralizado. De acordo com d'Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha e Salgado (2007), essas vozes podem ser entendidas como personagens que interagem numa história, na qual cada personagem tem uma narrativa para contar. O *self*, desta forma, pode ser compreendido como narrativamente estruturado por essas posições, que compõem um campo que envolve não somente a coexistência de perspectivas diferentes, mas também a construção de hierarquias, ou seja, relações de dominância e submissão entre as vozes estão sendo constantemente negociadas: "Nessa multiplicidade de posições, algumas posições podem tornar-se mais dominantes do que outras, de modo que as vozes das posições menos dominantes podem ser subjugadas". (Valsiner, 2012, p. 128) Além disso, Hermans e Hermans-Konopka (2010) fazem referência ao conceito de coalizão de posições, enfatizando que as posições não trabalham isoladas, mas cooperam e apoiam uma às outras, levando a "conglomerações" no *self* que podem dominar outras posições. Há também a ideia de movimento do Eu de uma posição para outra, criando campos dinâmicos nos quais autonegociações, autocontradições e autointegrações resultam em uma grande variedade de significados. (Hermans & Hermans-Jansen, 2003)

Porém, falar em "voz" implica considerar um corpo que emite essa voz. Deste modo, a noção de "voz" evidencia o caráter corporalizado (*embodied*) do *self*. O *self* está corporalizado, sempre ligado a uma posição particular no espaço e no tempo, quer fisicamente, quer mentalmente. A natureza espacial do *self* se traduz em termos de posição e posicionamento. (Hermans, Kempen, & van Loon, 1992; d'Alte et al., 2007)

Vale ressaltar, ainda, que o campo das posições do Eu envolve tanto posições internas quanto posições externas, sendo que as primeiras são sentidas como partes do si mesmo (por exemplo, "Eu-mãe"), enquanto as últimas são sentidas como parte do ambiente – isto é, referem-se a pessoas e objetos relevantes para uma ou mais posições internas. Posições externas e internas recebem a sua relevância através das suas transações mútuas ao longo do tempo. De uma perspectiva teórica, todas estas posições (internas e externas) são posições do Eu, na medida em que elas são parte do *self* que é intrinsecamente estendido para o ambiente.

Nesse sentido, o *self* dialógico é social, já que as outras pessoas ocupam posições no *self* multivocalizado (Hermans & Hermans-Jansen, 2003), e estas posições do Eu podem se comunicar umas com as outras. (Fogel, Kroyer, Bellagamba, & Bell, 2002) Vale ressaltar, porém, conforme enfatizam Salgado e Gonçalves (2007), a necessidade de se levar em conta a alteridade, isto é, ao mesmo tempo em que o outro pode ser entendido como eu (posições externas do *self*), também precisa ser percebido enquanto outro (alter). Conforme Cunha (2007), alteridade implica o estabelecimento de uma contínua relação de tensão e diferença entre os interlocutores, que possibilita ao ser humano a constituição e o esclarecimento da sua própria posição e existência pessoal, através da assimilação e consciência da posição do Outro. (d'Alte et al., 2007)

Salgado e Gonçalves (2007) propõem que o *self* dialógico precisa ser entendido enquanto uma estrutura triádica, composto pelo eu, pelo outro e pelo o que eles denominam audiência interna. Nesse sentido, o eu ocupa o centro da experiência aqui-e-agora e agência subjetiva, afetivamente envolvido no processo de endereçamento a um outro. A linguagem e a existência humana, conforme afirmam os autores, são sempre

endereçadas a alguém. A audiência interna, potencial, por sua vez, é responsável pela mediação entre o eu e o outro. Assim, em uma relação dialógica, a troca intersubjetiva que ocorre é acompanhada também por um diálogo interno com outra audiência potencial, pessoalmente relevante e culturalmente enraizada. Em suma, o mundo fenomenal da pessoa é estruturado pelos campos dialógicos triádicos do intercâmbio entre o eu, o outro e a audiência interna. Esse campo modela e organiza a consciência do momento presente (espaço intrapessoal) e o tipo de orientação que uma pessoa pode ter em direção a objetos e outras pessoas (espaço interpessoal).

O *self*, então, a partir desta perspectiva de múltiplas posições e dinamicamente em movimento, nunca está concluído, mas imerso em uma experiência de vir a ser, de um constante devir. (Fogel et al., 2002) Pode, desta forma, transformar-se a partir da possibilidade de se mover de uma posição para outra, de acordo com as mudanças na situação e no tempo, a partir de diálogos reais estabelecidos com outras pessoas ou em alguma forma de diálogo interno. (Salgado & Gonçalves, 2007) Por conseguinte, a vivência de eventos onde ocorrem perdas, como no caso do aborto espontâneo, ou a vivência da repetição dessas perdas, como no caso do aborto de repetição espontâneo, repercute em mudanças significativas no eu. (Volkmer, 2009) Ou seja, repercute nos significados e posicionamentos desta mulher que, no lugar da maternidade – após saber-se grávida – vivencia a perda; no lugar da vida, vivencia a morte. Assim sendo, o fluxo do tempo e os diálogos estabelecidos ao longo da trajetória reprodutiva constantemente impelem a pessoa para uma nova posição na qual o momento passado tem que ser resolvido em face de um futuro antecipado coconstruído. Além disso, conforme afirmam Hermans e Hermans-Jansen (2003), alguns períodos de transição no curso de vida – como a transição não normativa envolvida na vivência de uma perda gestacional –, a transação entre *self* e outros é mais intensa do que em outros períodos, que podem ser vistos como relativamente estáveis do ponto de vista desenvolvimental.

Deste modo, e em última instância, a vida humana também implica em alguma forma de estabilidade. Os padrões de posicionamento e reposicionamento podem ter algum tipo de regularidade, criando um modo de organização do *self* em relação com os outros. Assim, as pessoas dispõem, potencialmente, de um número infinito de vozes possíveis, mas elas tendem a tornar-se organizadas em alguns padrões mais ou menos regulares de posicionamento. (Salgado & Gonçalves, 2007) Segundo Hermans e Hermans-Jansen (2003), a linguagem social modela o que as vozes individuais podem dizer. O sistema sociocultural de um determinado grupo influencia e constringe os sistemas de significados que emergem nas relações dialógicas.

A síntese construída sobre a teoria do *self* dialógico valoriza dois aspectos considerados essenciais no presente trabalho: a dinâmica interna ao *self* e a consideração do *self* no tempo. Esses foram os signos que orientaram a análise dos casos que serão apresentados nos próximos capítulos.

Objetivos do estudo

O estudo aqui apresentado visou a investigar uma realidade aparentemente contraditória, isto é, o que acontece quando uma mulher realiza a escolha pela maternidade – escolha supostamente disponível à sua constituição feminina –, mas ao invés desta vivência, o que ela experiencia são perdas gestacionais recorrentes. Neste contexto, as perdas gestacionais são entendidas enquanto marcadores de transição no curso de vida dessas mulheres. Afinal, são eventos que podem resultar em mudanças no curso do desenvolvimento, na medida em que há a interrupção da gravidez – período decisivo no crescimento emocional de uma mulher, que possibilita reestruturações, modificações e reintegrações da personalidade. (Maldonado, 2002) A vivência de um evento não esperado, não normativo, pode ser entendida como um momento de transição, resultando em uma reorganização qualitativa, tanto em nível psicológico, como comportamental. (Cowan, 1991) Além disso, pode também refletir em mudanças nos sistemas de significado dessas mulheres, como aqueles

relacionados à maternidade, à feminilidade, bem como à percepção de si mesma. (Volkmer, 2009)

Deste modo, uma perda gestacional consiste em um evento que ameaça o sentido do *self* e maximiza incerteza. A partir dessa ideia, propomos aprofundar o entendimento acerca das dinâmicas do *self* dialógico durante a travessia de um momento crítico (Thompson, Bell, Holland, Henderson, & McGrellis, 2002), que leva à ruptura daquilo que era esperado acontecer e que ameaça o sentido de *self*.

Assim, o objetivo do estudo desenvolvido no doutorado e, aqui apresentado, consistiu em um aprofundamento teórico e empírico sobre como o *self* constrói continuidade através de rupturas sucessivas ao longo da trajetória reprodutiva. Implicou entender as dinâmicas do *self* dialógico no fluxo do tempo, com o intuito de reorganização, de rearranjos, a fim de se manter coeso – apesar das rupturas, das recorrentes descontinuidades.

Capítulo 2

A experiência de perdas gestacionais recorrentes em contextos público e privado de assistência à saúde: uma abordagem etnográfica

Trajetórias desenvolvimentais em contextos de assistência à saúde

Com o propósito de compreender o contexto social, particularmente a dimensão assistencial no qual as mulheres transitaram ao longo do tempo, no decorrer das suas trajetórias reprodutivas, realizou-se um estudo etnográfico. Tal propósito coaduna-se com o objetivo teórico central do estudo apresentado neste trabalho: entender como o *self* constrói continuidade frente a rupturas sucessivas. Tendo como base os pressupostos teóricos da perspectiva psicológica construtivista semiótico-cultural, justifica-se buscar entender o pano de fundo nos quais as experiências de ruptura ocorreram, bem como as relações dialógicas estabelecidas com os diversos atores sociais, como os profissionais de saúde.

No construtivismo semiótico-cultural, um dos aspectos centrais refere-se às questões atinentes ao desenvolvimento sociocultural humano, com destaque aos processos subjetivos envolvendo mediação semiótica, com ênfase às relações intersubjetivas. A esse respeito, vale ressaltar que um dos pressupostos básicos da ciência desenvolvimental é considerar os sistemas (ex. as pessoas) como abertos, isto é, em constante relação de troca com o ambiente – incluído os outros. Nesse sentido, o desenvolvimento pode ser definido como a transformação construtiva da forma, no tempo irreversível, através do processo de intercâmbio do organismo com o ambiente (Valsiner, 2012); pessoa e contexto são, portanto, indissociáveis.

Nesse processo de sempre dinâmicas trocas, as trajetórias desenvolvimentais desenham-se com múltiplas possibilidades. Tais trajetórias são caracterizadas por um movimento necessariamente duplo de fechamento/abertura de possibilidades, denominado de circunscritores.

(Silva, Rossetti-Ferreira & Carvalho, 2004; Valsiner, 2000) Os circunscritores compreendem aqueles fatores que simultaneamente compelem ao e limitam o desenvolvimento humano, um sistema que atua como um organizador, um canalizador da trajetória desenvolvimental. Assim, o desenvolvimento é determinado à medida que é guiado por um conjunto de elementos que o organiza em alguma direção; mas, ao mesmo tempo, é indeterminado porque a direção exata do desenvolvimento não pode ser prevista. Os circunscritores, deste modo, demarcam:

> certas possibilidades e certos limites ao processo de significação e aos papéis ou às posições a serem atribuídos ou assumidos pelas pessoas nas situações. Assim, elementos pessoais, histórico-culturais e contextuais, em sinérgica interação, circunscrevem certas possibilidades de configuração da rede de significados... (Silva, Rossetti-Ferreira & Carvalho, 2004, p. 18)

Além disso, vale ressaltar que os circunscritores – entendidos enquanto sistema – seriam tanto de ordem material quanto de ordem simbólica, perpassando a organização dos ambientes e os padrões de relacionamento culturalmente estabelecidos. (Silva, Rossetti-Ferreira & Carvalho, 2004) A partir dessa estrutura conceitual, o objetivo do presente capítulo é o de delinear os contrastes dos contextos de encenação dos distintos enredos narrados pelas mulheres, ou seja, as diferenças entre os contextos público e privado de assistência como experienciadas pelas participantes da pesquisa.

Realidade brasileira: o sistema de serviços de saúde

O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil caracteriza-se como um sistema dinâmico e complexo. Desde 1988, a Constituição brasileira estabeleceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, lançando a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social.

Na atualidade, o sistema de saúde brasileiro organiza-se através de um modelo segmentado, plural, composto por três diferentes sistemas, que, embora inter-relacionados, obedecem a distintas lógicas de estruturação: o SUS, o Sistema de Atenção Médica Supletiva (Sams) e o Sistema de Desembolso Direto (SDD). (Mendes, 1998)

O SUS constitui um sistema público, voltado para um conjunto de ações e serviços de saúde, compreendendo toda uma estrutura de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Seus princípios definidores incluem a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção (atenção básica, secundária e terciária). O SUS, assim, deve ofertar gratuitamente a todos os cidadãos a completa gama de serviços de saúde. As atividades de prestação de serviços podem ser ofertadas à população, porém, pela iniciativa privada quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial. Desta forma, a iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar. (Mendes, 1998)

Apesar de importantes limitações na implementação do SUS – como a concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas do país e o seu subfinanciamento – esse sistema de saúde conseguiu, nos últimos 20 anos, melhorar amplamente o acesso à atenção básica, atingindo, por exemplo, uma cobertura universal de assistência pré-natal. (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011)

O Sams configura-se como um sistema privado que, contudo, recebe subsídios do Estado, sob a forma de renúncias fiscais e contributivas. É constituído por quatro modalidades assistenciais: a medicina de grupo (que opera através de empresas que administram planos de saúde sob a forma de pré-pagamento), a autogestão (configurada por empresas que, a partir de sistemas de pós-pagamento, administram ou contratam terceiros para administrar planos de saúde para os seus membros), a cooperativa médica (formada por cooperativas de médicos que ofertam planos sob a forma de pré-pagamento) e o seguro saúde (que funciona na lógica

do seguro privado). De acordo com Mendes (1998), uma característica importante desse sistema é que a maioria dos seus usuários tem acesso a ele através dos empregadores, que o pagam total ou parcialmente. (Mendes, 1998)

Os planos e seguros de saúde privados oferecem contratos à população com diferentes níveis de livre escolha de prestadores de assistência à saúde, a depender do tipo de plano contratado. A demanda é estratificada pela situação socioeconômica e ocupacional de cada pessoa. Com efeito, a qualidade da assistência, em termos do cuidado e das instalações disponíveis, pode variar consideravelmente. (Paim et al., 2011) Conforme afirmam os autores: "as pessoas com planos e seguros de saúde privados afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou seguros". (Paim, et al., 2011, p. 20)

Por sua vez, o SDD consiste também em um sistema privado, representado pelos gastos diretos pelos indivíduos e famílias com serviços de saúde. É um sistema subsidiado pelo Estado através de renúncias fiscais. (Mendes, 1998) Conforme Paim et al. (2011), o gasto por desembolso direto, em termos de proporção da despesa total, varia pouco entre a parcela mais pobre (5,83%) e a mais rica (8,31%) da população. Porém, os autores ressaltam que há diferenças no modo como cada grupo gasta esses recursos. A parcela mais pobre da população tem mais despesas com medicamentos, enquanto que a parcela mais abastada tem mais despesas com planos e seguros de saúde privados.

Deste modo, o sistema nacional brasileiro, fundado como sistema nacional de saúde desde a Constituição Federal de 1988, de acesso universal e integral, apresenta uma estrutura fortemente moldada na participação do setor público e privado, herdada do modelo anterior. (Santos, Ugá, & Porto, 2008) Isto é, antes da regulamentação do SUS, o cenário da saúde no Brasil era caracterizado por um forte sistema privado, tanto no campo da prestação de serviço, como no que tange ao asseguramento privado. Conforme sinaliza Bahia (2009), a Constituição de 1988 estabeleceu que a assistência à saúde é aberta à iniciativa privada. E seguindo

os esforços para a sua regulamentação, a legislação tributária foi alterada para autorizar a dedução do imposto de renda das despesas médicas e seguros privados de saúde. Desde então, políticas de estímulo à aquisição de planos e seguros privados de saúde, bem como à oferta privada de serviços de saúde foram emitidas em contradição aos esforços de implementação do SUS.

Deste modo, apesar da maioria das unidades de atenção básica e as de emergência ser pública, os hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos são privados. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Brasil dispõe de 6.384 hospitais, dos quais 69,1% são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares pertencem ao setor público; 38,7% dos leitos do setor privado são disponibilizados para o SUS por meio de contratos. Como resultado, "a oferta de leitos hospitalares financiados pelo setor público não é suficiente". (Paim et al., 2011).

Assistência à saúde materna e perinatal

No curso de vida de uma mulher, a gravidez e o tornar-se mãe consistem em eventos que, em geral, são pessoal e socialmente esperados acontecer. A partir de uma perspectiva desenvolvimental, configuram-se como importantes fases do desenvolvimento – períodos críticos de transição, de forte base biológica e caracterizados por: "mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudanças de identidade". (Maldonado, 2002) Períodos críticos que são considerados merecedores de atenção especial por algumas políticas e programas de assistência à saúde, instituídos no país pelo Ministério da Saúde.

Assim, pode-se destacar a criação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa foi formulado, a partir da perspectiva da atenção primária à saúde, na tentativa de resgatar o conceito de assistência integral que consiste no direito de que

toda mulher, em qualquer contato com o serviço de saúde, se beneficie da promoção, da proteção e da recuperação da sua saúde. (Pereira, 1994) Um dos objetivos do programa era o de ampliar as ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal. (Trevisan, De Lorenzi, Araújo, & Ésber, 2002) A realização do pré-natal adequado é essencial à redução da morbimortalidade materno-infantil. (Cesar, Mano, Carlotto, Gonzalez-Chica, & Mendoza-Sassi, 2011)

Nesse sentido, outro programa que merece destaque é o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 2000. O principal objetivo do PHPN consistia em reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assegurando o acesso, a melhoria da cobertura e qualidade do atendimento oferecido durante o acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e neonatal. Também objetivava instituir postura ética e solidária dos profissionais – que deveriam receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido – reconhecendo a necessidade de um ambiente acolhedor e impedindo o tradicional isolamento imposto à mulher. Recomendava ainda a adoção de procedimentos benéficos à mulher e ao recém-nascido, evitando práticas intervencionistas desnecessárias. (Programa de humanização, 2002)

A qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde é essencial para a adesão e redução dos índices de mortalidade materna e perinatal no país. (Assistência pré-natal, 2000) No entanto, alguns estudos revelam desigualdades na qualidade do pré-natal prestado, sendo considerado melhor no setor privado do que no público. (Cesar et al., 2011)

Porém, quais são as políticas públicas dirigidas às mulheres que sofrem a interrupção espontânea de uma gravidez?

O Ministério da Saúde, visando garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, elaborou em 2005 a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento, com o objetivo de orientar profissionais e serviços de saúde para que acolham, atendam e tratem com dignidade as mulheres em processo de abortamento. Através desse manual técni-

co, refere ter reconhecido a realidade de que o aborto (espontâneo ou induzido) efetuado em condições inseguras é importante causa de morte materna e, portanto, uma questão de saúde pública.

Conforme dados do Ministério da Saúde, o abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Nas últimas décadas, estudos mostram uma tendência de declínio da taxa de mortalidade por abortamento no Brasil. Entretanto, houve a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas taxas nos estados nordestinos. É também nesta região do país onde as mortes decorrentes do abortamento inseguro adquirem mais importância entre as causas de morte materna. Em Salvador, por exemplo, desde o início da década de 1990, o abortamento permanece como a primeira causa isolada de morte materna, com adolescentes e jovens apresentando maiores riscos de morte. (Brasil, 2005; Menezes & Aquino, 2009)

Apesar de a Norma Técnica enfatizar a situação do abortamento induzido, o abortamento espontâneo também é contemplado. Conforme dados do Ministério da Saúde, o aborto espontâneo ocorre em aproximadamente 10% das gestações, envolvendo sentimentos de perda e de culpa, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo atenção técnica adequada, segura e humanizada. (Brasil, 2005)

Um dos principais objetivos da Norma Técnica consiste na inclusão de um modelo humanizado de atenção às mulheres com abortamento. Esse modelo humanizado deve, entre outros aspectos, garantir acolhimento e orientação à mulher. Acolhimento é traduzido em termos práticos no tratamento digno e respeitoso por parte dos profissionais de saúde, o que inclui ainda o escutar a demanda da mulher (sem pré-julgamentos ou imposição de valores). A orientação, por sua vez, pressupõe a transmissão de informações necessárias à tomada de decisão e ao autocuidado – partindo-se do pressuposto que a mulher é o sujeito da ação de saúde, em consonância com as diretrizes do SUS. Além do acolhimento e da orientação, a mulher deve receber atenção clínica adequada, segundo referenciais éticos e legais. Tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, qualquer dis-

criminação ou restrição do acesso à assistência à saúde não poderá ser admitida:

> Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento. (Brasil, 2005, p. 16)

Estudo etnográfico em contextos público e privado de assistência à saúde

O trabalho etnográfico nos dois contextos de assistência à saúde ocorreu em dois momentos distintos. No contexto de assistência pública, a minha inserção ocorreu no ano de 2002 e se estendeu até 2009. Durante esse período, estive inserida no ambulatório de aborto de repetição, realizando atendimentos psicológicos, dinâmicas de grupo e acompanhamento das consultas médicas. A etapa preliminar da minha inserção neste serviço foi a observação das consultas médicas. Desde essa época, eu fazia o registro escrito das atividades realizadas em diários de campo.

Por sua vez, a minha entrada no campo da assistência privada ocorreu a partir do ano de 2009 e também teve início com a observação dos atendimentos médicos – não só com casais que buscavam investigação e tratamento para perdas gestacionais, mas também com mulheres que realizavam exames de ultrassonografia. Foi então que pude presenciar a experiência de algumas mulheres recebendo a notícia de que suas gestações haviam sido espontaneamente interrompidas. A oferta de avaliação psicológica neste contexto consistiu em uma estratégia para conseguir ter acesso a essas mulheres e para que essa aproximação ocorresse de modo voluntário. Afinal, ao contrário do serviço público, a demanda por atendimento psicológico não se mostrou muito significativa – apesar do intenso sofrimento emocional que a experiência de perdas gestacionais parecia

despertar em cada um dessas mulheres. Uma das razões para isto pode consistir na crença que a medicina e a tecnologia – a cujos recursos essas mulheres acreditavam ter acesso – podem vir a resolver definitivamente o problema da repetição dos abortos. E, com isso, não haveria necessidade de investigar outros aspectos relacionados ao problema.

A oportunidade de ouvir essas mulheres, usuárias de um serviço de saúde privado, permitiu que eu pudesse estabelecer um importante contraponto com a experiência das mulheres usuárias do serviço público, possibilitando-me conhecer melhor a amplitude da experiência recorrente de perdas gestacionais, assim como as diferentes sugestões sociais, presentes nos diferentes contextos, que regulam as suas trajetórias reprodutivas e posições subjetivas. A seguir, serão descritos alguns dos principais aspectos que demarcaram essas diferenças.

A experiência do inesperado: complicações gestacionais e os contextos de assistência à saúde

No decorrer das trajetórias reprodutivas das mulheres investigadas – nos diferentes contextos de assistência à saúde –, assim que houve a confirmação da gravidez, todas as entrevistadas referiram ter iniciado um acompanhamento pré-natal em algum serviço de saúde. Porém, ao longo da minha inserção na maternidade pública, algumas usuárias referiram que a busca por um atendimento pré-natal ocorreu somente na gestação subsequente à experiência de perda gestacional. Com relação ao acompanhamento pré-natal recebido na gestação posterior ao diagnóstico de abortamento de repetição, algumas críticas foram tecidas. Uma das usuárias da rede pública, Joana, queixou-se da falta de atenção, informação e importância dada à sua saúde pelos profissionais. Acredita que mulheres que possuem história de perdas gestacionais recorrentes deveriam receber um atendimento mais cuidadoso por parte da equipe de saúde:

> *Em maternidade nenhuma tiveram esse cuidado, me tratou normal, comum, que eu ia, fazia, chegava lá media a tensão, pesava, ia embora, pronto. Não dava pra*

explicar a nossa história, porque toda maternidade que vai, de uma pra outra, sempre vai perguntando, 'né', 'tem filho?', 'não', mas teve médico que não deu muita importância. (Joana, 34 anos, cinco perdas gestacionais)

Vale ressaltar que não houve relatos semelhantes a esse entre as usuárias da rede privada.

Do mesmo modo, o surgimento de alguma complicação gestacional também implicou na procura por serviços médicos. Entretanto, esses serviços foram descritos de diferentes maneiras pelas entrevistadas.

No que tange aos serviços públicos, alguns problemas foram apontados pelas mulheres, como a deficiência na cobertura da assistência – caracterizada pela insuficiência de leitos para gestantes nas maternidades e hospitais estaduais da cidade, assim como para os bebês nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Com efeito, foram ainda descritas a peregrinação à procura de um leito hospitalar e a ausência de qualquer iniciativa para assegurar o transporte das pacientes ao hospital com leito disponível.

Assim, por exemplo, Joana, após história de duas perdas gestacionais e uma nova gravidez, relata que estava realizando o acompanhamento pré-natal em uma maternidade pública sem que nenhuma alteração no desenvolvimento gestacional fosse detectada. No entanto, no sétimo mês de gestação teve um sangramento, o que a levou a buscar atendimento médico de emergência. A ausência de vagas em maternidades públicas equipadas com UTI neonatal conduziu a mais um bebê natimorto:

Eu levantei perdendo muito sangue, aí fui pra emergência... mas mesmo assim jorrando muito sangue, aí quando eu cheguei lá a médica falou assim: 'Ah, tá vivo o bebê, mas só que a gente não pode fazer nada, que aqui não atende prematuro, vamos esperar uma vaga'... ficou esperando até às cinco horas pra ver se tinha vaga e não tinha, acho que eu fiquei internada de cinco da manhã até às cinco da tarde só perdendo sangue, esperando vaga e nada de achar vaga, quando nasceu foi meia-noite, aí já nasceu, já evolui com tudo, saiu com tudo já morto, aí foi só isso.

Situação semelhante foi relata por Ana, cujo bebê morreu alguns dias após o nascimento. A perda do bebê foi explicada por ela pela ausência de um leito na UTI neonatal no serviço de saúde público a que recorreu:

> *Só disseram que não tinha vaga e ficou até o outro dia na sala de parto... Eu acho que se tivesse botado na UTI, ele teria sobrevivido, porque ele não nasceu com problema nenhum, depois que foi detectada a infecção pulmonar, foi aí que ele não suportou.* (Ana, 32 anos, quatro perdas gestacionais)

Também foi referida por muitas entrevistadas a ausência de um atendimento emergencial propriamente dito, onde pudessem receber intervenções médicas imediatas. Todos esses aspectos, associados à deficiência do sistema público de saúde, foram relacionados pelas mulheres, em suas narrativas, à causa de algumas das perdas gestacionais experienciadas:

> *Como também teve maternidade que eu cheguei, na terceira (gestação) mesmo que eu cheguei, perdendo sangue, muito sangue, era pra ser uma coisa mais urgente, entendeu? Porque se já tinha tido...dois filhos (que haviam morrido), 'tava' no centro médico, perdendo sangue, qual era o cuidado que era pra ter? Era 'pra' ter ficado o dia todo em uma cama isolada, sozinha, esperando uma vaga no hospital? Não era. Eu acho assim, que era pra ser uma coisa pra vida ou morte, assim que chegou, já que tem um problema, vem logo o socorro, 'né'? Mas, eu fiquei o dia todo lá, sangrando o dia todo, só esperando aparecer a vaga, louca pra ser transferida. Se tivesse, aí é que meu sogro fala: 'Se tivesse um atendimento mais rápido, quando ia morrer, não morria'.* (Joana)

Relatos de desatenção no atendimento às usuárias do serviço público com história de aborto espontâneo foram frequentes, expressando a ausência do cuidado humanizado tal como preconizado pelo Ministério da Saúde. (Brasil, 2005) Também se fez presente certo tipo de relação epistemológica sobre os processos de gravidez e aborto, na qual o médico assumiu uma posição paternalista, representando a "autoridade epistemológica" sobre esses assuntos. (Reis, 1999) Nesse sentido, a perspectiva e as significações das mulheres – que experienciaram no próprio corpo a gravidez e a perda gestacional – foram desconsideradas:

> *Eu acho que os médicos deveriam ter, assim, certo cuidado, porque tem gravidez que... exigem cuidados maiores... dar mais atenção, entendeu? Porque quando a gente se queixa de alguma coisa, alguns médicos falam: 'Ah, mas você não sabe, o médico sou eu, eu sei'. Então você fica até assim, você vai fazer o que se eles acham que 'é' eles? Não adianta. É uma coisa assim muito inexplicável.* (Camila, 33 anos, quatro perdas gestacionais)

E, em muitos casos, houve a comparação com o serviço privado de atenção à saúde, imaginado como tendo melhor qualidade na prestação dos serviços, o que para essas mulheres poderia ter implicado em trajetórias reprodutivas bastantes distintas das que experienciaram:

> *O sistema público não olha pra gente como um médico particular [olha] se eu tivesse dinheiro... até agora não encontraram uma explicação... Acho que a gente deveria ser tratada com mais carinho, mais atenção... Eu não choro pelos meus filhos, que estão bem, em algum lugar, mas pelo descaso dos profissionais.* (Diário de campo, Registro das dinâmicas de grupo, 8 de outubro de 2007)

Experiência de ruptura nos contextos de saúde brasileiros: o caso do abortamento espontâneo de repetição

A partir de uma perspectiva mais geral acerca das trajetórias reprodutivas das mulheres entrevistadas, pode-se afirmar que as usuárias da assistência privada experienciaram perdas gestacionais, mais frequentemente, no primeiro trimestre da gestação – o que caracteriza o diagnóstico de abortamento recorrente propriamente dito. Por outro lado, as usuárias do serviço público vivenciaram muitas das suas perdas entre o segundo e o terceiro trimestre da gestação, além da vivência, em alguns casos, de morte neonatal.

É possível que a diferença do momento em que ocorreram as perdas gestacionais possa se refletir no impacto desta perda para o sistema de *self* dessas mulheres. Na literatura não há consenso acerca da diferença do tempo da gestação para a ocorrência da perda e as suas repercussões emocionais. Conforme Neugehauer et al. (1992), a partir de um estudo que investigava a relação entre perdas gestacionais e sintomas depressi-

vos, as mulheres que tiveram uma perda após um tempo maior de gestação apresentaram um aumento nos sintomas depressivos se comparadas com mulheres que abortaram no início da gestação. De acordo com os pesquisadores, esse achado apresenta consistência com a noção de apego materno para com a criança que ainda não nasceu, na medida em que as teorias do apego defendem a ideia de que esse vínculo progride à medida que a gravidez avança e que o impacto da perda corresponde à força desse vínculo. Contraditoriamente a esse achado, Thomas (1995) afirma que a experiência emocional de uma mulher após uma perda gestacional não se encontra diretamente relacionada à experiência física, isto é, com o tempo de gestação. Para esse autor, um dos principais aspectos que influenciam a experiência emocional consiste no significado atribuído pela mulher à perda gestacional. E assim, se em estágios iniciais da gravidez a mulher já considera o feto como o seu bebê, ela será emocionalmente afetada quando ocorrer o aborto espontâneo.

A partir dos dados coletados para a presente pesquisa, esta última perspectiva revela-se mais pertinente. Durante o meu trabalho de campo na clínica privada, por exemplo, pude observar que muitas mulheres consideravam os fetos perdidos como bebês, atribuindo-lhes até mesmo um nome próprio. Essas condutas parecem revelar certo descompasso entre o discurso do casal, que muitas vezes trata o feto como bebê – independente do tempo de gestação – e o dos profissionais de saúde, que o consideram como embrião ou feto – a depender da idade gestacional.

Porém, as implicações físicas de uma perda gestacional precoce e uma perda tardia podem ser bastante distintas. Assim, no contexto da assistência pública, a descrição de complicações após a perda, bem como a percepção de risco à própria vida foi muito comum entre as mulheres entrevistadas. Por outro lado, no contexto da assistência privada não houve relato de complicações, nem mesmo a construção da percepção de risco à própria saúde. Muitos fatores podem colaborar para essas diferenças, como a qualidade da assistência, bem como o tempo gestacional em que a perda ocorreu.

Além disso, nos relatos das usuárias do serviço privado, a experiência de dor física em decorrência dos abortamentos não se encontrou presente ou não foi enfatizada. Assim, por exemplo, no caso de Juliana, houve o relato da sua última perda, a qual precisou se submeter à intervenção médica por se tratar de um aborto retido. A experiência de dor física aparece apenas como um dos aspectos que configuraram essa experiência. Vale ressaltar também a sequência dos aspectos descritos em seu relato, isto é, do emocional ao físico, que configuraram a experiência da perda como um dos momentos mais difíceis da sua trajetória reprodutiva:

> *Essa foi a pior parte, a pior parte de todas desse abortamento, dessas perdas, foi esse internamento, a frustração de você estar ali já é muito grande, de você ter perdido já a terceira criança e... eles te internam... na maternidade, eu fiquei internada na maternidade, todas as crianças nascendo e só a minha morrendo. E aí tiveram que botar um medicamento na minha vagina, que chama Misoprostol, pra poder dilatar o meu útero pra poder fazer a aspiração, fazer o procedimento. Essa medicação fazia eu ter sangramento, faz você sangrar e doer também. Fora isso, você não pode nem comer nem beber nada. Então imagina, você triste porque perdeu a criança, internada numa maternidade onde você houve um bocado de choro de criança nascendo, sem comer, sem beber e sentindo dor e sangrando... a pior parte foi essa.* (Juliana, 36 anos, três abortos espontâneos)

No caso das usuárias do serviço público, a experiência de intensas dores – em decorrência dos procedimentos médicos para induzir o parto de um aborto retido – foi enfatizada em muitas narrativas, constituindo uma das lembranças mais significativas da situação da perda gestacional, como pode ser visto no relato que se segue:

> *A terceira (perda) mesmo pra mim foi o fim, eu sofri muito, eu senti muita dor, eu gritava muito de dor a ponto de perder as minhas pernas de tanta dor..., eu fiquei chorando, chorando um tempão... o quadril parece que está abrindo tudo, dilatando, é muita dor mesmo.* (Denise, 30 anos, quatro perdas gestacionais)

Vale ressaltar que a analgesia para evitar ou minimizar a dor, associada ao apoio verbal por partes dos profissionais de saúde, compõem recomendações do Ministério da Saúde para o atendimento humanizado dos casos de abortamento. (Brasil, 2005) Porém, a inexistência de condutas adequadas para o alívio da dor configurou-se, em muitos casos, como uma forma de punição imposta pelos profissionais de saúde à mulher, devido a uma suposta prática de aborto induzido. Essa questão será discutida mais adiante nesse capítulo.

Por fim, faz-se importante ainda observar que os casos de abortamento, tanto nas unidades de assistência à saúde pública, quanto na rede privada, as mulheres foram internadas na mesma ala hospitalar daquelas parturientes cujos filhos viveram. A diferença consiste na estrutura física: as mulheres da maternidade pública investigada dividiam o mesmo espaço físico, ou seja, a mesma enfermaria com as mulheres que haviam parido e seus bebês; enquanto que as pacientes da rede privada – cujo plano de saúde cobria quartos individuais – tinham a privacidade desse ambiente reservado. Sobre a adequação dessa situação, certa vez fui questionada por duas enfermeiras da maternidade pública. Relataram-me que a equipe de enfermagem discordava do compartilhamento do mesmo espaço por mulheres que haviam abortado espontaneamente (ou mesmo induzido o aborto) e aquelas que haviam parido filhos vivos. Defendiam que essas mulheres deveriam dividir a mesma enfermaria das gestantes de alto-risco, enquanto que os médicos sugeriam que dividissem a mesma enfermaria com as puérperas, na seguinte disposição: mulheres com abortamento de um lado e mulheres puérperas e seus bebês de outro. Essa última conformação, no entanto, parece contrastar com a opinião das próprias mulheres que sofreram abortamento. Ao longo dos meus dez anos trabalhando com essa temática, os relatos compartilhados revelam a dor psíquica intensificada por essa situação contrastante de dividir o momento de dor e pesar com mulheres que tinham acabado de dar luz aos seus filhos vivos.

Signos, significados e práticas que regularam as trajetórias reprodutivas: a relação com os profissionais de saúde

Outro aspecto relevante consiste nas distintas sugestões sociais que existiram no episódio particular do encontro com o outro nos diferentes contextos de assistência à saúde. Tais sugestões sociais emergiram de diferentes modos: tanto na prática e no discurso médico durante o atendimento às mulheres com história de aborto de repetição, quanto na acessibilidade aos serviços e na disponibilidade dos recursos tecnológicos.

No que tange à prática e ao discurso médico, pode-se notar que, no contexto de assistência pública, houve a sugestão explícita, por parte de alguns profissionais, para que as mulheres descontinuassem as tentativas de gravidez, após a vivência de algumas perdas, alertando-se para os riscos à saúde e vida da mulher. A partir dessas sugestões enunciadas por especialistas, podem-se evidenciar algumas das "políticas de corpo" presentes no contexto de assistência pública, isto é, algumas formas de regulação e de controle que produzem identidades e subjetividades. (MALIN, 2003) O relato abaixo ilustra essa situação:

> *Quando eu perco, os médicos ficam falando: 'Oh, Mariana, vamos tentar ver se toma um remédio para evitar, 'né', porque se você ficar sempre só perdendo, perdendo, pode vir a acontecer uma coisa pior', aí eu fico com medo também por causa disso, quando eles falam 'uma coisa pior', mas eu não sei o que é que está se passando.* (Mariana, 29 anos, seis perdas gestacionais)

> *Uma médica de lá do posto do Manoel Vitorino, que é pra acompanhamento da minha pressão, aí ela uma vez me disse isso: 'Você vai morrer, na próxima você morre, fica tentando, tentando, tentando"... Tem coisas que as pessoas 'diz' que a gente fica marcado, 'né'? A gente fica com medo.* (Cláudia, 33 anos, sete perdas gestacionais)

Além disso, a relação com os profissionais de saúde, especialmente médicos, foi marcada pela ambivalência entre o apoio instrumental e emocional, e um atendimento despersonalizado, mecânico, permeado por atitudes de pouco interesse e pela expressão de preconceitos. Assim,

ao longo das trajetórias reprodutivas das usuárias da assistência pública, a relação estabelecida entre médico e paciente foi a do tipo monológica, isto é, um tipo de relação na qual as mulheres são tratadas como se fossem objetos, não reconhecidas enquanto sujeitos, sem possibilidade de estabelecer uma relação comunicativa. (Salgado & Gonçalves, 2007) Os médicos não pareceram dar importância às suas percepções e experiências. O relato a seguir ilustra uma das muitas situações narradas sobre a relação médico-paciente:

> *Porque os médicos não explicam a você, ele fala, você vai pegando algumas coisas pelo alto assim, mas ele não chega, assim, 'está acontecendo isso, isso e isso'.* (Denise)

Para Martins (2003/2004), esta relação de poder estabelecida entre médico e paciente é evidenciada especialmente junto com a população de baixa renda. Afinal, essas pessoas encontram-se excluídas política e socialmente, não possuem recursos financeiros – nem o poder advindo daí –, geralmente não possuem estudo superior – não partilhando, assim, da mesma "cultura" do médico –, o que resulta, muitas vezes, na percepção dessas pessoas por parte daqueles que valorizam a dita "racionalidade" como não dignas de ter a sua autonomia respeitada.

Houve também o relato – por parte de algumas mulheres – de negligência na prestação de alguns atendimentos, como a transmissão de informações inadequadas e exame clínico descuidado – condutas associadas por algumas mulheres às perdas gestacionais experienciadas:

> *Eu fui 'no' Iperba, eu já tinha ido 'no' Iperba, por causa que eu 'tava' perdendo líquido, disseram que não era nada de mais, que era só pra repetir os exames pra ver se ia precisar me internar ou não, aí só que não deu tempo de fazer os exames, aí quando foi com sete meses, aí eu acabei perdendo, eu comecei a sentir assim, umas dores fortes na barriga, aí eu fui pro Caribé, quando chegou lá disseram que 'tava' com desenvolvimento de cinco meses, mas também não disseram que eu 'tava' perdendo, simplesmente mandaram ir pra casa e aguardar, mas só que eu percebi, porque quando a médica me examinou, eu senti que a luva saiu cheia de sangue, aí eu percebi que não tava nada normal, mesmo assim eu fiquei tranquila, tranquila vírgula, 'né', porque a minha pressão subiu logo.* (Ana)

Assim sendo, os profissionais, de modo geral e conforme percebido pelas participantes, não escutaram as suas histórias de vida, não deram a devida importância às suas percepções, sentimentos e significados:

> *Esse remédio que ela mandou usar pra segurar a criança, ela achava que eu tinha algum tipo de dilatação no útero... mas na verdade não era por dilatação, era a pressão (arterial) que aumentava, eu disse a ela. Ela ficou surpresa quando eu cheguei lá... uma semana depois já fui com a pressão alta, aí ela falou: "Não entendi nada... trabalhei certinho com você, não estou entendendo nada". Aí, eu disse: 'Mas eu avisei à senhora que a coisa acontecia de uma hora pra outra'.* (Ana)

Cabe destacar, ainda, que a conduta profissional foi, em muitos casos, marcada pela expressão de preconceitos. Por esse motivo, as mulheres foram tantas vezes acusadas pelo "crime" do aborto provocado, julgadas e submetidas a castigos e lições moralistas. Deste modo, em vez desses profissionais atuarem no sentido de acolhê-las e ajudá-las a elaborar a dor do luto, promovendo a saúde e protegendo-as de danos físicos e psíquicos ainda maiores – conforme previsto pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o Código de Ética Médica, que reforçam os direitos dos pacientes e condenam os casos de discriminação –, agravaram ainda mais as marcas do sofrimento, do desamparo e da profunda tristeza que já vinham carregando:

> *Algumas (maternidades) assim achavam que abortou por abortar, aí tinha aquela certa frieza assim... Alguns falavam que eu abortava porque eu queria, só porque eu quis, a criança morreu, que eu estava tentando... E não foi. Não tive muita... É ruim ficar internada lá, não sei o que é, eu morro de medo de ficar internada. Eu não gosto. Sei lá... Ser discriminada... Quando a pessoa provoca um aborto, eu acho que é proibido, não sei. Maus tratos, pirraça, não sei... Porque é errado uma pessoa abortar uma criança.* (Manuela, 26 anos, cinco perdas gestacionais)

> *Uma médica disse... eu perdi, eu senti muitas dores, ela apertava a minha barriga... e quando eu me queixei ela disse: 'Isso é pra você tomar vergonha e não provocar mais aborto'... ficou marcado, porque eu não esqueci, tem coisas que acontece que a gente não esquece. Eu não tinha feito o aborto e fui acusada e na hora não consegui me defender.* (Cláudia)

> *Quando... Uma mulher tira uma criança, os médicos não 'dá' muita importância, 'deixa' que ela sofra um pouco pra ela ter medo, pra que ela tenha juízo e não faça de novo e quando eu cheguei, acredito que eles não leram meu prontuário pra ver se era um aborto espontâneo e eles acreditaram que eu... tanto é que a médica falou: 'Menina, o que foi que você foi fazer?'. 'Eu não fiz nada, é um aborto espontâneo', mas ela já tinha colocado o remédio e aí eu sofri muito, entendeu?* (Denise)

No contexto de assistência privada não houve relato de práticas de discriminação, preconceito ou castigos e lições moralistas por parte dos profissionais de saúde. Entretanto, assim como na rede pública, houve muita dificuldade na comunicação do diagnóstico de perda gestacional.

Na esfera médica, parece haver muitas dúvidas sobre o que dizer e como dizer às mulheres ou casais sobre a ocorrência de uma perda gestacional. Na sessão clínica da qual participei em setembro de 2009 na maternidade pública, para a devolução dos resultados da pesquisa realizada no mestrado, essa foi a única pergunta formulada pela plateia, gerando interesse e discussão entre os médicos e residentes. Um dos médicos presentes relatou: "*Os médicos em geral não gostam de assuntos relacionados à morte, pois precisam saber lidar com a sua própria morte e isso é muito difícil... eu digo assim, a palavra errada na hora errada de médico não é incomum*" (24 de setembro de 2009).

Alguns residentes demonstraram dúvidas e incertezas sobre como agir nesses casos. Alguns referiram dar uma resposta-padrão que consistia em dizer ao casal que logo teriam outro filho, o que vai na contramão daquilo que a literatura sobre o processo de luto recomenda. Afinal, essa afirmação negligencia a dor daquela perda, que não pode ser substituída, nem aplacada, por uma nova gravidez. Baseando-me na literatura sobre o assunto, expliquei sobre a inadequação dessa conduta. A troca dialógica entre mim e os residentes, porém, foi bruscamente interrompida quando esses foram repreendidos por um dos médicos preceptores por desconhecerem certo "protocolo" de atendimento, uma informação, segundo ele, disponível na literatura médica de forma sistematizada: "*Eu fico um pouco triste quando os residentes falam sobre essas dificuldades... se*

vocês forem buscar informação, vocês acham de forma sistematizada, como você vê um casal desses" (24 de setembro de 2009). O médico referia-se ao trabalho que realiza em seu consultório particular com casais que sofreram perda gestacional. Em seu relato, que tem o tom de sermão para com os residentes, aborda aspectos importantes como "trabalhar o luto desse casal" e oferecer um "atendimento individualizado", que é descrito da seguinte forma:

> *Em um lugar tranquilo, sentado, olhando para a paciente, de preferência no mesmo plano de olhar, sem interrupção, e você tem que explicar a ela o que aconteceu... esse não é um prato pra se comer de uma vez só, então você tem que cuidar de cada momento do atendimento, então você tem que resolver aquilo.* (24 de setembro de 2009)

O processo de luto é entendido pelo médico preceptor como um processo que exige algumas etapas, mas que leva o tempo correspondente aos resultados dos exames clínicos – realizados após o aborto espontâneo – ficarem prontos. A partir daí, a paciente já pode ser orientada para uma nova gestação. O médico preceptor faz referência ainda ao procedimento especial utilizado com os casais que ele imagina que ficarão bastante abalados emocionalmente com a notícia de perda gestacional:

> *Se você acha que aquela notícia pode não ser bem acolhida, eu faço uma ultrassonografia e depois verifico que não tem batimentos. Mas, eu conheço a paciente e eu sei que isso vai ser um choque enorme. Eu crio primeiro uma suspeita, eles escutam a suspeita, eu encaminho ela a outro profissional. Quando ela faz isso, ela começa a elaborar que aquela gravidez que ela tanto queria que continuasse vai ser interrompida.* (24 de setembro de 2009)

Essa forma dúbia e gradativa de comunicar o diagnóstico de óbito fetal é descrita por muitas mulheres – tanto na rede pública, quanto na rede privada – como uma fonte de angústia e de ansiedade. Uma das mulheres atendidas no consultório privado relatou-me que, após quatro abortos espontâneos, aprendeu a interpretar a reação dos médicos e, assim, antecipar a notícia de algum problema na gestação. Conta que na última perda experienciada, a médica mostrou-se insegura diante do

exame de ultrassonografia. Ao mesmo tempo em que afirmou ter auscultado os batimentos cardíacos fetais, quis repetir o exame em outro aparelho de ultrassom. Após repetir o exame, informou que não estava conseguindo ouvir os batimentos, mas solicitou a presença de outro médico para nova avaliação. O médico chamado, por sua vez, é objetivo e diz ao casal que havia alguns indícios de que aquela gestação não iria mais para frente, retirando-se logo em seguida da sala. Após essa sequência de contradições, a médica que os acompanhava não confirmou o diagnóstico, mas pediu ao casal que repetisse o exame alguns dias depois. Essa situação de indefinição foi experienciada pelo casal com muita ansiedade, sendo que o processo de luto só pode ser elaborado após a confirmação da perda gestacional.

Em detrimento a essas contradições, comunicar o diagnóstico de aborto espontâneo não consiste em uma tarefa fácil, especialmente quando não há nenhum indício prévio de complicação gestacional. Muitas vezes, o diagnóstico é realizado durante o exame de ultrassom, nas consultas médicas de rotina do pré-natal. Nessa ocasião, o esperado por pacientes e médicos é que seja avaliado o desenvolvimento embrionário, obtendo informações sobre o peso, tamanho e o sexo do bebê, bem como a previsão da data provável do parto. "*O processo natural do bebê é nascer!*".[1] O diagnóstico de um aborto espontâneo ou óbito fetal, assim, configura-se como um evento não esperado.

Durante o período em que estive observando consultas de ultrassom numa clínica privada, tive a oportunidade de observar alguns desses momentos de diagnóstico de aborto espontâneo, no momento da sua constatação. Chamou-me a atenção o embaraço do médico em relação às palavras que deveria utilizar para comunicar a ocorrência do aborto aos casais. Termos como "gestação incompatível" ou "gravidez que não vai mais pra frente" foram utilizados, gerando certa dificuldade de compreensão do diagnóstico por parte do casal:

1 Frase de uma mulher atendida na clínica privada. (Diário de campo, 2 de maio de 2012)

> *Em outro caso, quando o Dr. M. realizava o ultrassom, percebi a ausência do bebê. Ele, então, diz para a paciente que terá que fazer uma transvaginal e nesse intervalo conversa comigo, na sala dos laudos, que havia ocorrido um óbito fetal, mas que não utilizaria esta palavra 'óbito' ao comunicar o resultado para o casal. Ao voltarmos para a sala, Dr. M. volta a fazer o exame e diz que aquela gestação era incompatível. A mulher tem dificuldade de compreender que havia ocorrido um óbito. Dr. M. fala da ausência de batimentos. Então ela conclui: 'Então esta gravidez não progredirá?'. Ele confirma e diz que eles poderão tentar uma nova gravidez sem problemas. Questionei-me depois, por que não falar em óbito? Talvez ela tivesse compreendido com mais facilidade.* (Diário de campo, 3 de novembro de 2009)

Pode-se perceber, assim, certa inabilidade em comunicar a ocorrência de um óbito fetal – que possivelmente relaciona-se com a dificuldade do próprio profissional em lidar com questões relacionadas à morte e ao morrer. Além disso, os profissionais de saúde parecem banalizar o término precoce de uma gestação, na medida em que o aborto espontâneo adquire nuances de "seletividade da natureza", configurando-se como um evento "normal", no qual reações emocionais como a tristeza tornam-se "desnecessárias", pois o casal pode tentar engravidar novamente.

Em outra ocasião, na qual a paciente começa a chorar ao receber a notícia do aborto, refleti não só sobre a dificuldade em transmitir esse diagnóstico, mas também sobre qual seria a conduta adequada após a transmissão da notícia de um aborto espontâneo, ou seja, como os médicos e demais profissionais de saúde, como os psicólogos, devem proceder após a comunicação da perda gestacional, levando em consideração a reação emocional dos pacientes:

> *Hoje, durante uma das ultrassonografias que acompanho, houve um caso de perda gestacional (aborto espontâneo) diagnosticado no momento da consulta. Dr. M. utiliza o termo 'a gravidez que não vai mais para frente'... Assim que a paciente recebe o diagnóstico, começa a chorar. Dr. M. explica que pode ter sido devido alguma anomalia fetal e por isso foi melhor a perda ter ocorrido. Ao sair desse atendimento fiquei pensando: o que falar? O que dizer, enquanto psicóloga, num momento de sofrimento como esse? Será preciso dizer alguma*

coisa? Enquanto profissional de saúde, senti a necessidade de dizer algo, mas não disse nada. Dr. M. disse o que ele pôde dizer, mas terá sido adequado à situação? Será que para ela, naquele momento, o que aconteceu foi o 'melhor'? Talvez devêssemos ter dito apenas 'sinto muito'. Mas essa situação... desvela a importância dos profissionais de saúde diante do desfecho reprodutivo e da dor do outro. Ou seja, o aborto é um evento que pode ser percebido ou entendido pelo médico como algo da ordem do fracasso, da impotência, especialmente quando ele é recorrente. Não há muito o que ser feito. Não há muito o que ser dito. E a dor do outro pode se refletir na frustração do próprio profissional. Talvez isso ajude a entender porque mulheres com história de aborto recorrente são tratadas como se tivessem provocado o aborto. Nesse caso, talvez a raiva, a frustração, a impotência do profissional sejam expressos em atitudes de violência verbal e/ou física contra o outro. Essa, sem dúvida, é uma situação difícil também para os profissionais. (23 de fevereiro de 2010)

A abordagem dos resultados perinatais adversos revela-se difícil e requer alto nível de competência emocional. Em muitos casos, porém, além do embaraço em transmitir a notícia da perda ou de lidar com a reação emocional das pacientes, fizeram-se presentes condutas inadequadas, revelando certa insensibilidade do profissional para lidar com a situação. Muitas mulheres que atendi ao longo do tempo, inclusive usuárias da rede privada, denunciam a violência institucional à qual elas e sua família foram submetidas no momento da comunicação do diagnóstico da perda gestacional. A inabilidade na comunicação do diagnóstico e a ausência de sensibilidade podem ser observadas nos relatos que se seguem:

Acompanhei hoje o atendimento de uma senhora de 41 anos. Ela tem um filho e história de dois abortos espontâneos. Ressaltam-se as 'marcas' que ela diz ter em função das perdas. Contou que soube da primeira perda através de um exame de ultrassom, durante o qual estava sendo acompanhada pelo filho e marido. Relata que a médica que realizava o exame disse de modo inapropriado que a gravidez era anembrionária na frente do filho. Todos sofreram com isso. (26 de janeiro de 2010, contexto privado de assistência à saúde)

A paciente atendida tem história de três abortos espontâneos. Relata que no último aborto o diagnóstico foi comunicado de modo totalmente inadequado pelo médico ultrassonografista. Durante o exame ele perguntou para ela: 'Tem certeza que você está grávida? Pois o coração não tem mais batimentos'. O relato da situação enfrentada enfatiza a falta de sensibilidade do médico na transmissão da notícia do aborto. Ela relata que aquela foi uma situação tão estressante que 'Se [o feto] não tivesse morrido antes, tinha morrido naquele momento'. (9 de outubro de 2012)

Situações semelhantes também foram descritas no contexto público de saúde, conforme ilustra o relato a seguir:

Aí viemos para a emergência, quando chegou na emergência passamos de hospital em hospital, hospital em hospital, aí o médico falou assim: 'O seu bebê já 'tá' morto', aí eu falei assim: 'Morto?', ele: 'É, 'tá' morto, pode internar ela que a gente vai fazer uma cesariana', aí ele me internou de novo, aí entrei em desespero, não conseguia baixar a minha pressão, porque foi um caso que, sei lá, que não tivesse me avisado antes, tivesse feito nascer primeiro, 'né'? (Joana)

A ausência de uma conduta apropriada dirigida à facilitação do processo de luto também compreendeu outro aspecto que merece destaque. Afinal, diante da perda gestacional, o comportamento característico foi marcado pela frieza em transmitir a notícia da perda, a recusa em lhes mostrar o bebê natimorto e a falta de informações sobre o ocorrido – condutas exatamente contrárias àquelas recomendadas na literatura sobre o tema. (Estok & Lehman, 1983; Worden, 1998)

Só que, quando tirou a criança, a criança já estava morta e nem me mostraram a criança... aí eu não vi mais. Eu tentei olhar, eu queria ver... Aí eu saí procurando informação, não deram informação, não falaram nada do acontecido. (Manuela, 26 anos, três perdas gestacionais, contexto público de assistência à saúde)

Uma coisa que me incomodou bastante... depois que viram que não dava mais pra reanimar a minha menina... uma enfermeira chegou, eu assim deitada ainda, ela pegou, botou meu neném no saco... na minha frente, pegou o neném, botou ali dentro e fechou. Eu me senti mal quando fechou aquilo ali... aquilo ali já foi me incomodando, já daquilo ali já, eu já fui ficando atordoada. Aí: 'Ah, mãe, calma, você vai ter outros". (Mariana)

Vale ressaltar ainda a dificuldade de compreensão, por alguns profissionais de saúde, da relevância em realizar rituais fúnebres após a constatação de óbito fetal ou aborto espontâneo. Em uma conversa com uma das médicas responsáveis pelo ambulatório de abortamento de repetição da maternidade pública, ela contava-me sobre a sensação de estranhamento sentida ao saber que um amigo australiano fez o enterro de um bebê que pesava 270 gramas, como se o peso do bebê justificasse ou não sentimentos de pesar e rituais de luto.

Assim, apesar de algumas semelhanças, a relação entre médico-paciente foi caracterizada de forma bastante distinta pelas usuárias da rede privada de assistência à saúde, se comparadas com as usuárias da rede pública. No contexto assistencial privado, pôde-se perceber uma relação mais próxima estabelecida com o médico/ginecologista que as acompanhava ao longo das gestações e perdas. Em muitos relatos, o profissional era mencionado a partir da utilização de um pronome possessivo, "meu médico(a)". Também, muitas mulheres relaram ter livre acesso ao médico, dispondo do seu número de celular para qualquer eventualidade. Esses aspectos parecem sinalizar uma relação mais próxima com esse profissional, o estabelecimento de um vínculo e de uma relação de confiança.

Por outro lado, se a as vozes provenientes da esfera médica – dirigidas às usuárias da rede pública – sugeriam que descontinuassem as tentativas de gestação, na rede privada tais vozes sugeriam exatamente o contrário, isto é, incentivavam às mulheres a persistir em tentar ser mãe, através da gravidez. O discurso médico, especialmente dos especialistas no tratamento de aborto de repetição, enfatizava as alternativas de tratamento médico possíveis para conseguirem obter êxito gestacional. E nesse contexto, a solução tecnológica para os abortos recorrentes, longe de ser infalível, pode ser considerada mais natural do que uma solução não técnica como a adoção. Os médicos, assim, renaturalizaram o processo de reprodução humana com a ajuda das tecnologias de reprodução assistida. (Malin, 2003) A sugestão subjacente ao discurso médico para a persistência nas tentativas de gravidez, e a consequente regulação da trajetória reprodutiva, aparece no relato descrito a seguir:

Se eu não tivesse condições financeiras de estar aqui hoje, com certeza eu não tentaria mais... porque logo eu teria uma visão que, se eu perdi eles dois primeiro [fetos], eu logo teria a visão de que perderia o terceiro, então seria mais um sofrimento, então, pra quê tentar?... hoje em dia eu me sinto segura diante dos profissionais que eu estou frequentando, eu me sinto segura e também assim, eles me passam segurança, então eu acredito que vai dar certo, eu acredito que não vai demorar muito, então eu 'tou' confiante. (Flávia, 32 anos, duas perdas gestacionais)

Outro casal, atendido em uma clínica de fertilidade, também contribuiu para uma reflexão sobre essa temática. Em seu relato, que focalizava o sofrimento experienciado nas sucessivas tentativas para tornar-se pai/mãe, o casal relata: "*Se não pudéssemos ter filhos, se isto fosse dito [pelos médicos], vamos sofrer, mas seguir em frente*". A reflexão descrita em diário de campo segue abaixo:

A tecnologia reprodutiva, então, parece contribuir em um 'aprisionamento' da mulher/do casal nessas tentativas sem fim para engravidar. E esta parte das suas vidas fica como uma ferida aberta que não consegue cicatrizar... Qual o limite para o uso dessas tecnologias? Quando parar? E quem decide quando parar? (17 de novembro de 2010)

Em uma palestra sobre reprodução assistida em dezembro de 2010, chamou-me a atenção o discurso do médico palestrante defendendo a tese de que "o pior fracasso é desistir". A ideia subjacente ao discurso médico, além da demanda mercadológica para o consumo ilimitado das tecnologias médicas, consiste na valorização dos laços genéticos da procriação, considerados tão importantes que não podem ser abandonados.

Nesse sentido, outro aspecto crítico da utilização das tecnologias médicas faz-se presente quando estas falham. Nesses casos, o discurso biomédico faz referência a uma suposta causa psicológica ou emocional inerente à mulher para explicar o insucesso. Ou seja, responsabilizam as próprias mulheres por não alcançarem êxito nas tentativas gestacionais – por estarem estressadas ou ansiosas, por exemplo –, encaminhando-as, muitas vezes, para um atendimento psicológico. Um dos casos atendidos em uma

clínica de reprodução assistida privada essa acusação implícita no discurso biomédico foi desvelada. A mulher atendida tinha história de dois abortos espontâneos, sendo que o segundo ocorreu após a realização de uma série de intervenções médicas, como tratamento imunológico e fertilização *in vitro,* a partir da ovodoação, conforme anotações do diário de campo:

> *Estou atendendo... uma paciente com história de aborto espontâneo recorrente. No segundo atendimento comigo, relata que estava sentindo muita raiva. Faz menos de um mês que experienciou o seu último aborto, após engravidar por meio de uma fertilização in vitro com óvulos doados. Explica que sua raiva advém do fato de a 'medicina' atribuir a culpa pelo aborto a ela. Sente raiva pelo 'dedão da medicina', quando fracassou, dizendo 'é você! A culpada é você!'. Ou seja, quando ocorreu o aborto espontâneo, sem que houvesse uma explicação plausível dos médicos que a acompanham, ela foi encaminhada para atendimento psicológico.* (23 de outubro de 2012)

A responsabilização das mulheres pelos abortos sofridos também se fez presente entre as usuárias do serviço público. O relato abaixo evidencia essa responsabilização, tendo sido enunciado por uma mulher com diagnóstico de aborto recorrente, em uma dinâmica de grupo realizada pela equipe de psicologia no ambulatório de abortamento de repetição da maternidade investigada:

> *Sinto vontade de chorar quando... Eu já tive uma perda e não quero que outra aconteça novamente. Foi um conflito muito grande, porque eu me preparei para engravidar e eu perdi... Eu criei expectativa, fiquei ansiosa, perdi o bebê. O médico me disse que faltou experiência da minha parte... Eu procurei saber tudo depois da primeira perda e aconteceu novamente.* (Registro das dinâmicas de grupo, 8 de outubro de 2007)

Os médicos, de acordo com Malin (2003), configuram-se como um grupo social poderoso que impõem significados sobre o mundo por ordenar e organizar as coisas de acordo com oposições binárias em sistemas classificatórios que formam hierarquias. Fronteiras simbólicas são, deste modo, construídas. No contexto das tecnologias reprodutivas, as fronteiras simbólico-culturais, bem como os processos de construção de

identidade, atuam quando tais tecnologias são usadas. Assim, a medicina constitui-se enquanto uma instituição social que, através da construção de signos e sentidos, orienta, "promulga regras de comportamento, censura os prazeres, aprisiona o cotidiano em uma rede de recomendações". (Moulin, 2008, p. 15)

Diagnóstico de aborto de repetição: itinerário terapêutico e campo de ação

Após o reconhecimento do diagnóstico de aborto recorrente, as usuárias do serviço privado buscaram informar-se acerca da existência de algum serviço médico especializado que lhes oferecesse investigação acerca das causas dos abortos, bem como tratamento. Esta busca, em geral, ocorreu por iniciativa da própria mulher, que utilizou recursos externos, como a internet, para pesquisar acerca deste tipo de serviço. Conforme Vargas (2010), a difusão das informações sobre o tema da reprodução humana na internet ilustra a ênfase da perspectiva biomédica nos modos de divulgação de temas de saúde nos meios de comunicação. Esses modos podem ser considerados como um acréscimo ao processo de medicalização social construído historicamente. Ao mesmo tempo, porém, as possibilidades do uso da internet podem servir como instrumento de ação de empoderamento, constituindo a expressão de agência da mulher com dificuldade para levar a sua gestação a termo.

Deste modo, com o objetivo de transpor os muitos obstáculos enfrentados na trajetória reprodutiva e itinerários terapêuticos, as mulheres usuárias da assistência privada recorrem à internet como estratégia de coleta de informações sobre tratamentos para subsidiar ações futuras – como encontrar um médico especialista e, a partir disso, poder estabelecer com ele um diálogo de igual para igual. De modo geral, as usuárias da rede privada de assistência à saúde apresentaram maior familiaridade com o discurso e tecnologias médicos, compreendendo melhor o fenômeno das perdas gestacionais a partir da perspectiva da biomedicina. Assim, podem ser consideradas quase *insiders* na esfera médica;

enquanto que, por outro lado, as usuárias da rede pública podem ser consideradas *outsiders* – pela menor familiaridade com o conhecimento médico, menor acesso à informação, menor oportunidade de diálogo com o profissional de saúde etc.

Sobre esse aspecto, vale citar as formas de diferenciação dos contextos sociais conforme descritos por Goodnow (1995). A autora retoma a primeira descrição ecológica de Bronfrenbrenner e caracteriza três formas possíveis de diferenciação entre os contextos sociais: em primeiro lugar, destacam-se as dimensões espaciais: os setores do contexto social diferem um do outro, por exemplo, na medida em que eles ocupam diferentes espaços físicos ou estão próximos ou distantes em relação às pessoas. Dimensões espaciais incitam também questões sobre o acesso a esses espaços físicos e sociais ou para os domínios ou áreas do conhecimento. Considerando a questão do acesso, podem-se analisar as fronteiras entre os contextos e sua permeabilidade. Nos contextos públicos de saúde fronteiras são construídas e há pouca permeabilidade para transpô-las: as mulheres somente têm acesso aos serviços de saúde financiados pelo estado, o que, de algum modo, já limita o acesso. Além disso, na medida em que a demanda da população por esses serviços é maior do que a oferta, nem sempre eles são acessíveis: há dificuldade de agendar uma consulta ou realizar um exame médico, bem como de encontrar vaga nos leitos das maternidades. A condição financeira, assim, restringe o acesso, compondo uma importante barreira. Porém, o nível de escolaridade também se erige enquanto um importante obstáculo no acesso à informação. Afinal, o domínio do conhecimento médico pode ser de difícil compreensão para essas mulheres. Entretanto, mais do que isso, a dificuldade na interação interpessoal com os médicos pode constituir a principal barreira no acesso ao conhecimento. Esse último aspecto configura-se na segunda forma de diferenciação dos contextos sociais, ou seja, as formas de interação e participação face a face que são possíveis ou encorajadas. Em geral, as usuárias dos serviços públicos têm pouco tempo para narrar suas queixas de saúde, sendo convidadas pelos profissionais a serem breves e objetivas, relatando o

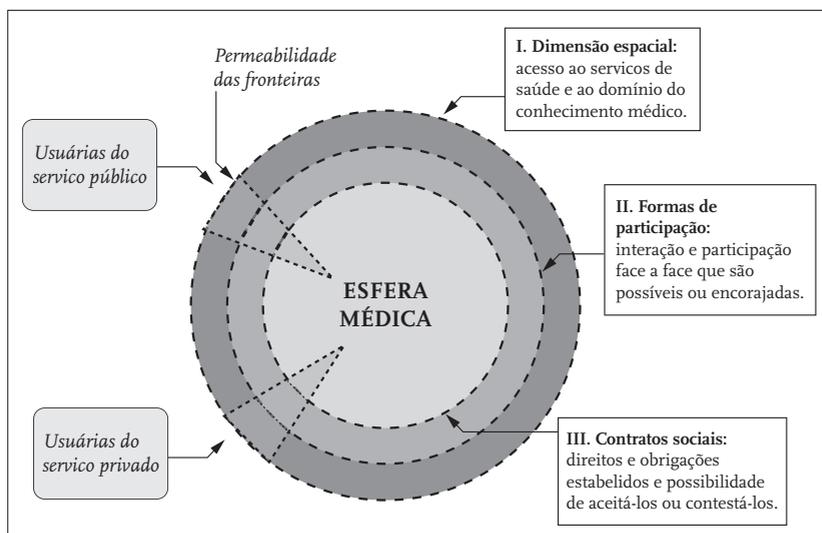
suficiente para que possam ser enquadradas em algum diagnóstico médico. Então, a conduta dos profissionais é basicamente prescritiva: receitam algum medicamento ou encaminham para a realização de algum exame. Essas práticas, por sua vez, são embasadas por determinadas justificativas para o padrão que é seguido ou esperado, compondo a terceira forma de distinção entre os contextos sociais: os contratos sociais. Tais contratos são formados pelos direitos e obrigações estabelecidos. Assim, por exemplo, há o significado coletivamente partilhado sobre a verdade científica por trás de cada ato médico, o que pode levar o profissional a assumir uma posição de onipotência diante da doença do paciente e, com efeito, diante do próprio paciente. Este último passa a ser visto como devendo se submeter a sua tutela, abdicando temporariamente da sua autonomia, do seu poder de reflexão e de decisão sobre si mesmo, de conhecimento intuitivo e vivencial de si mesmo (Martins, 2003/2004). Porém, conforme enfatiza Goodnow (1995), cabe às pessoas conhecerem esses contratos sociais para, então, aceitar ou resistir a eles. O acesso à informação, então, pode permitir ultrapassar essas barreiras, como o fazem as usuárias do serviço privado ao buscar informações na internet.

A Figura 1 ilustra a permeabilidade das fronteiras no acesso das mulheres, usuárias dos serviços públicos e privados, aos serviços e ao conhecimento médicos, à interação face a face com esses profissionais e a possibilidade de aceitar ou contestar determinados contratos sociais previamente estabelecidos.

Assim, quando as usuárias da rede privada recorreram a um serviço de saúde de referência e tiveram a primeira consulta com o médico especialista – em companhia, geralmente, do parceiro –, um "plano de ação" era traçado. Esse "plano de ação" envolvia a realização de muitos exames, sendo alguns destes de elevado custo e nem sempre oferecidos por seus planos de saúde.

Após a investigação completa e, a partir da identificação de alguma possível causa, dava-se início ao tratamento. A gravidez, deste modo, só poderia acontecer após o tratamento e a "liberação" por parte do médico

que as acompanhava. Assim sendo, em nenhum dos casos entrevistados houve a busca por atendimento médico especializado na condição da mulher já estar grávida. Isto parece indicar a existência de um planejamento prévio, construído a partir da relação estabelecida principalmente entre a mulher, o parceiro e o médico especialista.

Figura 1 – Permeabilidade das fronteiras nos contextos de saúde

Fonte: modificada a partir de Goodnow, 1995.

Vale ressaltar, ainda, a organização do ambiente em que o atendimento médico especializado era realizado, bem como os padrões de relacionamento estabelecido entre médico e pacientes. Em linhas gerais, a clínica privada localizava-se em uma avenida importante de um bairro nobre da cidade. Os atendimentos com o médico especialista eram previamente agendados por telefone com a secretária da clínica e pagos após a consulta em dinheiro. Assim, ao chegar à clínica, a mulher ou o casal aguardava na sala de espera da clínica – a qual era ocupada apenas pela secretária. Em geral, comparecia o casal à consulta e não só a mulher. O tempo de espera pelo atendimento variava de alguns poucos minutos até quase uma hora, a depender da disponibilidade do médico.

O ambiente climatizado tinha à disposição água, café e balas. A consulta médica era realizada apenas pelo médico especialista em seu consultório e durava cerca de uma hora à uma hora e meia. Durante esse período de tempo, o médico ouvia a história reprodutiva do casal, fornecia-lhes explicação sobre o caso, esclarecia quaisquer dúvidas e encaminhava-os para realizar uma série de exames.

Por outro lado, no caso das mulheres usuárias do serviço público, quatro das cinco entrevistadas estavam grávidas no momento da entrevista. A busca por um atendimento médico especializado, desta forma, foi realizada durante a gravidez ou a gestação ocorreu durante a fase de investigação sobre as causas dos abortos anteriores. Já a indicação do serviço médico especializado ocorreu através da rede social próxima, como familiares, amigos ou vizinhos. Além disso, apesar das usuárias do serviço público também realizarem muitos exames, alguns não eram acessíveis devido ao elevado custo. Outro obstáculo que essas mulheres enfrentavam consistia na dificuldade de agendar e realizar os exames cobertos pelo SUS. Isto demandava um tempo grande, o que pode justificar porque muitas das mulheres entrevistadas engravidaram durante a fase de investigação. Pode-se também considerar que, na medida em que as chances de encontrar uma etiologia relacionada aos abortamentos são cerca de 50% dos casos (Salazar Filho, Shalatter, Mattiello, Facin, & Freitas, 2001) e que essas mulheres não têm acesso a todos os exames disponíveis, a impossibilidade de prescrever algum tratamento pode ter levado alguns médicos a orientá-las a simplesmente tentar uma nova gravidez – orientação esta presente em muitos relatos.

No caso do contexto de assistência pública investigado, localizado em um bairro de classe média, os atendimentos médicos eram realizados em consultórios do ambulatório de aborto de repetição. A sala de espera desse ambulatório consistia em um ambiente amplo, com ventiladores e televisão e, na maioria das vezes, estava repleta de pacientes. Os atendimentos eram organizados por ordem de chegada, o que levava as mulheres a chegarem por volta das sete ou oito horas da manhã e serem atendidas apenas a partir das dez horas. O tempo de espera pela consulta, então, variava de duas a três horas. A consulta propriamente dita durava

em torno de dez a 15 minutos. Nesse período de tempo, o médico ouvia rapidamente a história da paciente, realizava algum exame físico (muitas vezes na presença de alguns residentes de medicina), fornecia-lhe breves explicações sobre as possíveis causas das perdas gestacionais e indicava a realização de alguns exames. Vale ressaltar ainda, que nas consultas estavam presentes, em geral, apenas as mulheres, sem seus parceiros. Sobre esse último aspecto, vale observar que em muitos casos a ausência dos parceiros se justificava, para além da questão de gênero (da maternidade como um assunto feminino), pela impossibilidade de faltar ao trabalho.

Campo de possibilidades e trajetória reprodutiva

Deste modo, o acesso a determinados recursos médicos, possibilitado pela condição financeira das participantes usuárias do serviço privado, pareceu circunscrever as suas trajetórias reprodutivas de modo a possibilitar o planejamento de uma próxima tentativa de gravidez, baseado nas etapas do próprio tratamento. Esse planejamento pareceu minimizar a incerteza diante do futuro reprodutivo.

Apesar disso, as usuárias do serviço privado relataram ainda sentir medo de vivenciar uma nova perda, mas não há relatos de percepção de risco à própria vida/saúde em decorrência de uma futura tentativa de gestação – o que, por sua vez, esteve presente nas narrativas das usuárias do serviço público. Vale ressaltar que a existência de um serviço médico especializado em aborto espontâneo de repetição é relacionada, por muitas mulheres, à sensação de segurança, deixando-as mais confiantes em relação ao futuro, para tentar uma nova gestação. Essa sensação de segurança também foi compartilhada por algumas usuárias da rede pública, referindo-se especialmente ao acompanhamento médico especializado oferecido pelo ambulatório de abortamento de repetição da maternidade pública investigada.

Outro aspecto relevante consistiu na ampliação da rede de apoio das usuárias da rede privada, na medida em que a equipe de saúde, em especial, o médico especializado em reprodução humana, é visto como fonte

de apoio instrumental de alta qualidade. No caso das usuárias do serviço público, o contexto assistencial foi caracterizado por deficiências importantes no atendimento. A relação entre profissionais de saúde e mulheres apareceu marcada, essencialmente, pela desconfiança, desrespeito e conflito. Houve uma grande demanda por informações e pela escuta clínica que não foi atendida. Porém, vale ressaltar que essa relação ambivalente estabelecida com os profissionais de saúde não foi relatada para com o médico especialista do ambulatório de abortamento de repetição, conforme ilustra o seguinte relato: "*Já aqui achei o suporte melhor, Dra. O. mesmo é muito paciente, é uma pessoa que nunca se mostra estressada com a gente... eu gostei do atendimento daqui*". (Cláudia)

Considerações finais sobre os contextos de saúde

Partindo-se do pressuposto que as pessoas em desenvolvimento estão imersas em uma semiosfera (Lotman, 2005) – um espaço semiótico –, suas trajetórias de vida são circunscritas por elementos pessoais, histórico-culturais e contextuais.

Deste modo, tanto a rede pública quanto a rede privada de assistência à saúde podem ser entendidas enquanto mediadores semióticos, ou seja, signos que regulam os processos de comunicação humana entre as pessoas (ex. entre pacientes e profissionais de saúde) e instituições (ex. entre pacientes e serviços de saúde). Mas também, atuam na condição de regulador intrapsicológico – nas mentes humanas culturalmente constituídas. (Valsiner, 2012) Afinal, tratam-se de abstrações criadas e partilhadas coletivamente, que estabelecem um campo social que opera por meio de normas construídas e têm um impacto orientador sobre a conduta das pessoas. São, assim, exemplos de campos de significação hipergeneralizado, promotores dos modos de agir, pensar e sentir das pessoas. (Valsiner, 2012)

No caso das mulheres investigadas faz-se imprescindível considerar o interjogo contínuo entre os processos biológicos ocorridos no corpo – no corpo feminino, no corpo grávido, no corpo que aborta espontanea-

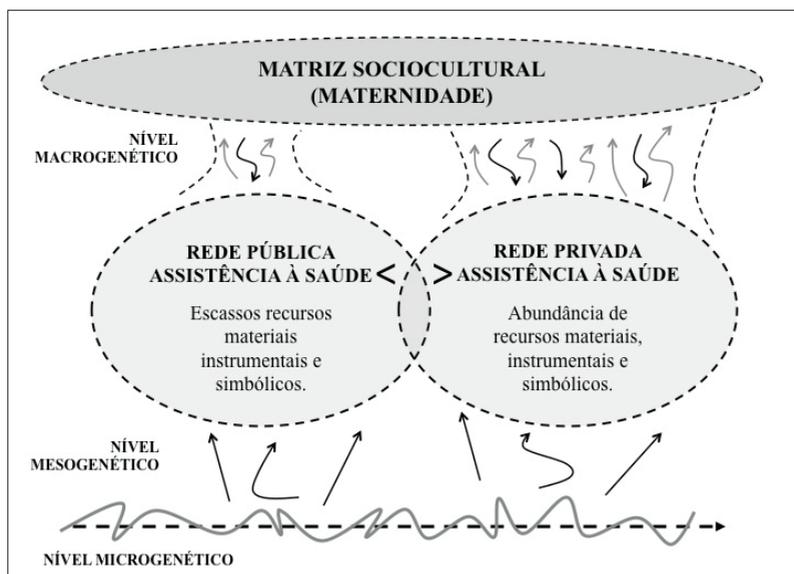
mente, que sente dor, que é submetido às intervenções da biomedicina e que é alvo de interesse das tecnologias reprodutivas; dos processos intra e interpsicológicos – como o pensar, o sentir, o agir, o comunicar e o interrelacionar-se – e a localização geral desses processos na semiosfera – dos contextos público e privado de saúde aos discursos socioculturais sobre maternidade e abortamento.

Nesse sentido, pode-se refletir que mulheres com história reprodutiva semelhante – marcada por perdas gestacionais espontâneas e recorrentes – buscaram os serviços de saúde aos quais tinham acesso. Acesso este possibilitado ou restringido em função da sua inserção em determinado grupo social. Nesse processo, houve a canalização coletivo-cultural dessas experiências dentro de contextos de atividade culturalmente estruturados: os contextos de saúde público e privado. Por esta razão, pode-se considerar que esses contextos operaram enquanto um nível organizacional mesogenético, canalizando a experiência subjetiva mediante o estabelecimento de uma gama de possibilidades nas quais a experiência do engravidar e abortar toma forma. Vale ressaltar que é papel do nível mesogenético a ligação entre os diferentes níveis da experiência: da infinita singularidade do fluxo microgenético à relativamente conservativa progressão da ontogenia. (Valsiner, 2012)

A caracterização detalhada dos contextos de saúde foi realizada ao longo do capítulo. Cabe aqui apenas uma breve síntese das suas principais distinções, considerando-as como uma unidade de opostos dentro da mesma totalidade: o sistema de serviços de saúde no Brasil. Assim, por um lado, o contexto público de saúde foi caracterizado essencialmente pela escassez de recursos materiais (ex. tecnologias reprodutivas), instrumentais (ex. informação) e de suporte (ex. apoio emocional dos profissionais de saúde), sendo permeado por sugestões sociais cujo fluxo geral vai no sentido contrário ao da maternidade biológica. Deste modo, define fronteiras como um limite para a realização da maternidade, ao mesmo tempo em que permite que esse limite seja ultrapassado (ex. oferecendo atendimento médico continuado ao longo da trajetória reprodutiva e, inclusive, proporcionando atendimento especializado para os casos de aborto de repetição). Por outro lado, o contexto privado de saúde foi

diferenciado pela abundância de recursos materiais, instrumentais e de suporte, sendo permeado por sugestões sociais cujo fluxo geral segue na direção da maternidade biológica. Assim, fronteiras também foram construídas, restringindo às trajetórias reprodutivas ao uso das tecnologias médicas para a concretização da maternidade biológica. Porém, tais fronteiras também revelaram certa permeabilidade, especialmente quando o uso de tais tecnologias falhou. Outras possibilidades, então, emergiram, como a autorreflexão sobre a não maternidade ou formas alternativas de alcançar a maternidade, como a adoção.

Em detrimento a essas diferenças, todas as mulheres investigadas persistiram na direção da maternidade, influenciadas pelo discurso sociocultural, que valoriza amplamente essa experiência. Deste modo, a direção seguida em cada trajetória reprodutiva foi influenciada não só pelo movimento histórico da medicalização do corpo e acesso à determinadas assistência e tecnologias médicas, mas pelos significados enredados pela esfera sociocultural – e internalizados de modo particular por cada uma das mulheres – ao signo da maternidade.

Figura 2 – Contextos público e privado de saúde

Fonte: elaboração da autora.

Capítulo 3

Regulando o futuro subjetivo em direção à maternidade: a incessante construção de signos promotores

Narrativa autobiográfica da trajetória reprodutiva de Joana no contexto público de saúde

Eu pensava que podia esquecer um dia, que eu podia esquecer tudo.
(Joana)

Joana possui trajetória reprodutiva marcada por cinco gestações e quatro perdas gestacionais – ocorridas, em geral, no último trimestre da gravidez. No momento em que foi realizada a entrevista, encontrava-se grávida de três meses. Em sua narrativa descreve a primeira gravidez, planejada e muito desejada pelo casal, ocorrida quando tinha entre 18 e 19 anos de idade. A gestação desenvolvia-se sem intercorrências, sendo Joana acompanhada, no pré-natal, por médicos de um serviço público na cidade do Salvador/BA. No entanto, aos seis meses de gravidez, um pequeno sangramento daria início a uma inesperada mudança de planos. O sangramento foi diagnosticado por um médico, em um primeiro momento, como algo "normal", mas, ao retornar para casa, o sangramento se intensificou, levando a uma nova busca por assistência médica. Desta vez, o diagnóstico médico levou-a a uma cesárea de emergência e ao nascimento prematuro de um bebê natimorto. A reação emocional de Joana ao saber da morte do bebê consistiu na não aceitação da perda e na busca desesperada pelo bebê perdido, sendo encaminhada para atendimento psicológico:

> *Só que quando ela (a médica) fez a cesárea, o bebê já 'tava' morto, aí simplesmente ela (a médica) falou comigo que tava morto, eu também aceitei na hora,*

anestesiada, tudo bem, quando foi no outro dia, veio o trauma, foi que veio aquele trauma de que eu queria porque queria aquele bebê... Tive um tipo... quase tive perda de memória... foi difícil demais... eu não estava aceitando, (não) dizia coisa com coisa, não 'tava' lembrando das coisas, só ficava chamando, queria só o bebê, só o bebê e elas me encaminharam para um psicólogo pra poder passar mais isso tudo, mas foi muito difícil... não conseguia me conformar de eu ter perdido, queria saber por que, não acreditava, ficava indo atrás do necrotério ver se tava lá, dizia que 'tava' lá, que tava vivo e tudo, entendeu, fiquei com trauma de bebê, não podia chegar ninguém de bebê junto de mim, nem também grávida, se chegava alguém grávida (perto) de mim já começava a me estressar, começava a ficar nervosa que eu não conseguia reagir por ver.

Apesar da intensa reação emocional após a perda, Joana e o parceiro realizaram o funeral do bebê, bem como o seu registro civil – condutas que não foram repetidas nas demais perdas gestacionais que, algum tempo depois, voltariam a ocorrer.

A fim de lançar algum entendimento à perda ocorrida, em diálogo com o parceiro, Joana constrói um significado pessoal para a causalidade da perda gestacional, ou seja, associa a perda a uma situação onde levou um "susto". Esse significado torna possível o planejamento de uma nova gestação; afinal, tendo conhecimento da causa do insucesso gestacional, tentaria evitar que esta situação voltasse a ocorrer. Assim, na segunda gestação, aos 23 anos de idade, Joana empenha-se na tentativa de controlar as incertezas futuras relativas à gravidez. Aumenta os cuidados com o próprio corpo, mantendo-se em repouso absoluto. No entanto, apesar dos seus esforços, aos oito meses de gestação dores abdominais a levam a percorrer alguns serviços da rede de saúde pública em busca de diagnóstico e tratamento. Mas, ao conseguir uma vaga em um serviço de emergência, Joana recebe a notícia de que o bebê já se encontrava natimorto, sendo comunicada de que seria necessário realizar um parto cesáreo. A reação emocional à notícia da perda gestacional consistiu em uma intensa aflição para Joana, o que levou a uma elevação da sua pressão arterial, e a um ato desesperado de trancar-se no banheiro da ala onde tinha sido internada, quando, então, o parto por via vaginal aconteceu espontaneamente.

Após a vivência da perda, Joana relata ter decidido que não voltaria a engravidar novamente, apesar do intenso desejo do parceiro para ter um filho:

> *Não queria mais, não... É porque ele (parceiro) sempre quis... ter um filho. Eu também quero ter filho, só que a gente que passa pelo problema, pelo processo, acho que vai esfriando mais, só que renova quando a gente fica grávida, 'né'? Claro que renova. Mas, quando falava de gravidez comigo, eu pensava que eu podia esquecer um dia, eu podia esquecer tudo... fiquei com aquela psicose: 'não quero mais saber de gravidez'.*

Porém, outro evento transformaria os planos de Joana. Afinal, a sua terceira gestação ocorreu quando fazia uso de contraceptivos. E a vivência dessa gestação consistiu em uma lembrança que, no momento da entrevista, Joana teve dificuldade para recordar. É muito provável que esse esquecimento se explique pelos momentos muito difíceis que cercaram essa gravidez, ocorrida aos 27 anos de idade: "*A pior (gestação) que teve foi essa, eu acho que foi a pior que teve*". Mais uma vez, a gestação seguia sem intercorrências. Estava realizando o acompanhamento pré-natal sem que nenhuma alteração fosse detectada. No entanto, no sétimo mês de gestação teve um intenso sangramento, o que a levou a buscar atendimento médico de emergência. A dificuldade de encontrar uma vaga em uma maternidade pública equipada com UTI neonatal – para o nascimento de um bebê prematuro – conduziu ao nascimento de mais um bebê natimorto. Porém, nesta circunstância, a vida da própria Joana foi colocada em risco, na medida em que houve complicações no seu estado geral de saúde. Uma séria infecção cujo tratamento medicamentoso parecia, a princípio, não fazer efeito, levou à percepção de risco à sua própria vida: "*A terceira vez, que eu quase morro... foi... uma infecção alta, entendeu, grave mesmo,... eu quase morro também, porque eu não 'tava' conseguindo reagir aos medicamentos.*" Recorrer ao esquecimento pode ter constituído, deste modo, em um importante mecanismo psicológico para que ela pudesse seguir em frente e tentar novamente outra gestação.

Assim, na sua quarta gestação, aos 28 anos de idade, Joana resolve buscar um atendimento médico especializado em um ambulatório de

abortamento de repetição de uma maternidade pública. Através desse serviço, obteve a primeira suspeita diagnóstica para a sua história de perdas gestacionais sucessivas, que se referia a um possível problema placentário. Além disso, foi-lhe oferecido um atendimento médico mais frequente, a fim de que se pudesse detectar qualquer alteração na sua gestação a tempo de alguma intervenção médica efetiva. Porém, apesar dessas mudanças introduzidas ao longo da sua quarta gestação, o trágico desfecho voltou a se repetir. E, assim, ao realizar um exame de ultrassom aos seis meses de gestação, o médico responsável constatou que havia alguma alteração nos batimentos cardíacos do bebê. Seguindo a orientação médica, Joana regressou à sua casa, a fim de aguardar alguns dias para repetir novamente o exame. Porém, o diagnóstico recebido neste segundo momento foi de óbito fetal.

Após a perda, a médica do ambulatório especializado em aborto de repetição recomendou que Joana realizasse uma investigação clínica acerca do que provocava as perdas gestacionais, através da realização de uma série de exames clínicos e laboratoriais. Mas Joana só regressaria à maternidade meses depois e novamente grávida. Nesse espaço de tempo, porém, outra experiência viria a marcar a sua trajetória reprodutiva e renovar as suas esperanças de conseguir levar esta gestação a termo e de vivenciar o nascimento de um filho vivo: uma cura espiritual na igreja evangélica que ela frequentava.

Joana relata que a cura foi proferida por um pastor de outra igreja – e não pelo pastor habitual, que já a conhecia. Assim, durante o culto, esse pastor "de fora" convidou a todos os fiéis com algum tipo de problema para irem ao altar da igreja e orarem. Porém, Joana relata ter permanecido onde estava, estabelecendo nesse momento um diálogo com Deus, através da oração: "*Olhe, Você sabe o meu problema qual é, eu não vou lá na frente, não. Se tiver de me curar, vai me curar aqui*". Ao término da oração, no entanto, o pastor vai até Joana e a convida para ir ao altar, quando, então, profere uma oração de cura: "*Você está sendo curada agora, Deus está dando uma cura pra você agora... não é a cura que você queria, não é a cura do seu tempo, é a do tempo de Deus*". Joana relata ter sentido intensa

emoção durante essa experiência: "*Eu chorava, eu chorei muito. Foi uma coisa que eu estava bem, que eu estava vivendo*".

Esta experiência de cura levou o parceiro a incentivá-la a engravidar mais uma vez. O que de fato ocorreu, pela quinta vez, momento em que a entrevista com ela foi realizada. Joana relata estar mais esperançosa em conseguir controlar as possíveis intercorrências gestacionais, através do uso de algumas tecnologias médicas, como o uso de medicamentos e a possibilidade da realização de uma cerclagem – uma pequena intervenção cirúrgica com objetivo de manter o colo uterino fechado até o final da gestação, evitando um aborto tardio ou um parto prematuro:

> *Agora tem mais possibilidades... a gente vai fazer de tudo pra segurar esse agora... 'tô' tomando medicamento que eu nunca tomei de nenhuma (gravidez)... ela (a médica) disse que é um meio de ajudar a segurar a criança... eu fiz um exame de sangue, aí ela falou que era uma coisa que ia ser necessário costurar... no útero, pra fechar, pra não abrir antes do tempo, tudo isso ela falou comigo pra ser feito agora, nessa (gestação) aqui agora.*

Apesar desses novos recursos e informações que dispõe para lidar com as incertezas futuras, Joana resolve não comprar o enxoval do bebê antes do seu nascimento. Assim, a esperança de, enfim, conseguir êxito na gestação atual convive com o medo e insegurança caracterizados por pensamentos negativos recorrentes e pela vigilância constante dos movimentos fetais, o que leva Joana a concluir acerca da necessidade de acompanhamento psicológico:

> *Por mais que a gente não queira colocar isso, mas a gente pensa negativo ..., porque você fica assim: 'Oh, já está mexendo (movimentos fetais sentidos na gestação)', aí quando passa, porque já está mexendo a gente quer que mexa toda hora, entendeu, quando não mexe já fica com aquela psicose: 'Oh, meu Deus, será que está bem? Será que não está bem? Será que eu devo falar com alguém?'... aí o que ele* (parceiro) *queria era isso, que tivesse uma pessoa assim que ouvisse a gente..., que faz muito bem pra gente, porque ele fala assim, que é bom porque vocês têm com quem conversar, têm com quem dizer o que sente, aí a gente falando o que sente a criança também está aliviada, 'né'? Aqui dentro está protegida, mas está aliviada também, por que o que adianta a gente guardar a angústia pra gente, 'né'?*

As dinâmicas no âmbito do *self*: a tentativa de construir um sentido de continuidade

O caso apresentado retrata a vivência de uma transição não normativa experienciada por uma mulher em direção à maternidade, desencadeada a partir da ocorrência inesperada de perdas gestacionais, que podem ser entendidas enquanto rupturas no curso do desenvolvimento, daquilo que era esperado ocorrer. A ruptura, em casos como este, aparece em diferentes níveis: no nível individual, no interior da mulher, com uma mudança brusca da identidade relacionada à maternidade que estava começando a ser construída e no nível micro, do seu papel social de mãe. De acordo com Zittoun (2004), os períodos de transição, ao longo do curso de vida, consistem em momentos onde certos eventos, por exemplo, a experiência de perdas gestacionais, colocam em risco determinados entendimentos e/ou identidades tidas como certas – como, por exemplo, a do tornar-se mãe. Esses eventos podem ser entendidos como rupturas no fluxo regular da experiência de alguém. Tais rupturas exigem processos de reposicionamento e podem solicitar novas aquisições, entendimentos e redefinições pessoais (Zittoun, 2004). Assim, pode-se dizer que, no início da trajetória reprodutiva de Joana, ela vivenciava uma situação aparentemente normativa, ou seja, um relacionamento estável com o parceiro, de modo que o desejo de maternidade seria uma maneira de dar continuidade aos estágios do curso de vida socialmente esperados, isto é, o de casar e o ter filhos.

Porém, a experiência das repetidas perdas gestacionais, com todo o sofrimento associado, coloca em questão esse desejo, o que leva Joana a aventar a possibilidade de não tentar mais ter o seu próprio filho. Afinal, a gravidez após a experiência de perdas gestacionais ganha a conotação de um símbolo multivalente, associado com significados e afetos tanto positivos, quanto negativos, criando um embaraço semiótico (*semiotic rub*) entre ideias e afetos concorrentes. (Abbey, 2004) Emerge, então, a ambivalência, entre o querer e o não querer tornar-se mãe, entre o continuar e o não continuar a tentar ter um filho biológico, entre a esperança

de conseguir e a desesperança de não conseguir obter êxito gestacional. Com isto, o senso relativamente estável de ser mãe, que caracterizava o início da sua história reprodutiva, transforma-se ao longo do fluxo temporal, levando a uma ampliação do nível de incerteza em relação ao tornar-se mãe – incerteza que se intensifica com o surgimento de alguns conflitos e tensões entre as vozes de pessoas significativas da sua rede familiar e social.

Deste modo, quando Joana engravidou pela primeira vez, os signos de gravidez e maternidade suscitavam um nível mínimo ou leve de ambivalência – ou seja, consistiam em experiências que eram esperadas acontecer pessoal e socialmente, e significavam dar continuidade ao curso de vida. Porém, com a sucessão de perdas gestacionais, houve a emergência de ideias concorrentes, suscitando a construção de novos significados, muitas vezes irreconciliáveis (por exemplo, gestação = alegria e sofrimento, vida e morte, apoio familiar e ausência de apoio). Assim, a ambivalência se fortaleceu na medida em que a tensão entre esses significados irreconciliáveis aumentou. E, nesse sentido, a construção de significados tornou-se mais e mais errática, visto que Joana vai e vem com diferentes sugestões para o *self* (por exemplo, é adequado e esperado que eu me torne mãe; é inadequado que eu tente engravidar novamente e esperado que eu não insista; é adequado que eu tente engravidar novamente, apesar da ausência de apoio da família e amigos). (Abbey, 2004)

Assim, nos campos dinâmicos que caracterizam o *self*, onde se fazem presentes negociações, contradições e integrações (Hermans & Hermans-Jansen, 2003), há a coexistência de perspectivas diferentes e, muitas vezes opostas, entre posições internas e externas do *self*. De um lado, alguns membros da sua família extensiva (em destaque, o seu próprio pai) posicionam-se contrariamente às novas tentativas de gestação, o que reflete não somente a dificuldade de suportar a sucessão de perdas e dor a elas associada, mas também a perspectiva futura de uma perda considerada ainda maior: a da própria mulher. A possibilidade desta perda é vislumbrada de dois modos: com a morte ou o enlouquecimento. Em

relação à morte, a percepção de risco à vida de Joana foi coconstruída em decorrência das complicações à sua saúde após a terceira perda gestacional. Joana relata que a reação expressa por seu pai foi a de contrariedade e indignação: "*a terceira vez que eu quase morro, meu pai ficou super aborrecido*". Seguindo nessa direção, muitas outras vozes se manifestaram contrariamente às novas tentativas de gestação:

> *Tem muita gente que torce ao contrário, que acha que não era pra ter tentado... Teve uma senhora mesmo que é parente dele [parceiro], falou comigo assim: 'Oh, meu Deus, eu soube que você tinha perdido, achei bem pouco, Deus que me perdoe, bem pouco, ninguém mandou você engravidar de novo, não'. Então, apoio é uma coisa que a gente não tem.*

Em relação ao segundo modo possível de perder a própria Joana, isto é, através da loucura, a narrativa dela faz referência às histórias contadas por familiares sobre uma parenta cujos três filhos nasceram mortos e, em decorrência disso, ela enlouqueceu. Assim, como resultado da dificuldade dos familiares de lidar com os eventos de perda, dos mais variados tipos, e da não concordância com o prosseguimento das tentativas de gestação realizadas pelo casal, há o afastamento dessas pessoas significativas e o isolamento de Joana, que se vê amparada apenas pelo parceiro, por Deus – através das suas orações –, e, em alguns momentos, por profissionais de saúde:

> *Eu não consigo nem entender o que passa na mente da minha família... a falta de apoio deles é por não ter noção, pensa assim: 'acho que eu me afastando é melhor porque... não estou vendo o sofrimento dela. Não estou passando junto com ela o sofrimento'. Mas eu acho que é uma coisa que é o inverso, a gente tem que estar junto. Não só nas alegrias, tem que estar no momento de dor também.*

Para Joana, o afastamento e a discordância dos familiares em relação à escolha do casal se devem ao fato deles serem "fracos do espírito", isto é, sem convicção religiosa, o que os impede de lhe oferecer qualquer suporte emocional (posição do Eu em destaque: Eu-filha). Assim, apesar do poder afetivo dessas vozes, Joana utiliza a estratégia de desqualificar esse outro e, com efeito, o que é dito por este, submetendo a posição do

Eu-filha ao domínio de outras posições do eu, como o Eu-esposa, o Eu--mulher, e, em especial, o Eu-religiosa (Eu-evangélica). Afinal, ela encontra reconhecimento e empoderamento através dessa posição do Eu-religiosa, que se configura como uma posição poderosa, na medida em que a faz seguir na direção da maternidade e enfrentar a oposição de pessoas tão significativas. E, através dessas comunicações simbólicas, Joana negocia aspectos da sua identidade.

Na direção oposta a essas vozes, há a coexistência de uma perspectiva diferente, isto é, a voz do parceiro que se exprime em defesa pelo seu desejo de paternidade: "*ele (o parceiro) sempre quis, ele tem um sonho, ter um filho*". Esta voz, hierarquicamente dominante em relação às demais (e ligada à posição Eu-esposa), alia-se ao próprio desejo da mulher – que apesar de cada vez mais ambivalente – caminha na mesma direção, isto é, à da maternidade (Eu-mãe: posição do Eu potencial, futura). Desejo que para ela é compartilhado por todas as mulheres, ou seja, tem um caráter inerente à condição feminina, ao que é esperado socialmente e, até mesmo, biologicamente: "a tendência de todas as mulheres é ser (mãe)", (posição do Eu em destaque: Eu-mulher).

Vale ressaltar que tais relações dialógicas, estabelecidas ao longo da sua trajetória reprodutiva, encontram-se imersas em um contexto assistencial caracterizado por deficiências importantes no atendimento à gestante, como a fragmentação da assistência, o número insuficiente de vagas nos hospitais e a ausência de atendimento emergencial propriamente dito. Esse cenário, deste modo, configura-se em um importante obstáculo em direção à maternidade. Especialmente porque, no fluxo do tempo, há a coconstrução de significado com a rede familiar e social de que muitas das perdas ocorridas poderiam ter sido evitadas caso esse contexto fosse diferente.

Em vista desses acontecimentos, podemos pensar que, na trajetória reprodutiva de Joana emerge o que Sato, Hidaka e Fukuda (2009) denominam de ponto de bifurcação, isto é, um ponto de divergência influenciado pelas experiências do passado e possibilidades limitadas no futuro. Nesse ponto apresentam-se caminhos alternativos a serem seguidos pela

pessoa, como engravidar novamente ou não engravidar, refletindo um alto nível de ambivalência. Nesse ponto de tensão, pelo menos dois poderes estão simultaneamente atuando: o poder da rede social próxima (orientação social) – marcado por sugestões sociais heterogêneas e até mesmo contraditórias, como as vozes dos familiares e a do parceiro –, e o poder sociocultural (direção social), no qual a maternidade é valorizada, consistindo em uma condição desejável à mulher. Frente a esses diferentes poderes sociais, que estão em conflito, Joana precisa tomar uma decisão que é construída a partir de um processo de síntese pessoal-cultural. Trata-se da "orientação pessoal sintetizada" (*Synthesized Personal Orientation*), que toma a forma de meta, de sonho. (Sato, Hidaka & Fukuda, 2009; Sato & Valsiner, 2010)

Uma questão fundamental torna-se, então, necessária: por que Joana escolhe persistir na tentativa de ter um filho, através da gestação, quando a sua experiência passada é marcada por tanta dor e sofrimento, por insucessos recorrentes e riscos à sua própria vida; enquanto o futuro é previsto de modo negativo, relacionado à possibilidade de outra perda gestacional, a riscos à sua própria vida e saúde mental? Por que continua a seguir nessa direção quando, ao longo do tempo, emerge um alto nível de ambivalência em relação ao seu próprio querer; quando as tensões e os conflitos entre significativas posições do Eu se intensificam; quando pessoas significativas se afastam e a desamparam; e, ainda, quando o contexto assistencial é percebido como responsável ou corresponsável por parte do seu sofrimento?

Para essas indagações não há uma resposta simples, fácil de ser alcançada. Porém, através da narrativa dessa mulher, alguns indícios parecem lançar luz no sentido do seu entendimento. Em primeiro lugar, deve-se ressaltar que o que está em jogo nesse caso envolve um signo hipergeneralizado – a maternidade – que se vincula a campos afetivos do tipo superior (nível mais alto de generalização) que regulam a totalidade da experiência vivida. A noção cultural de maternidade, deste modo, é carregada de valor, sendo socialmente promovida e pessoalmente internalizada. Configura-se em uma situação social e culturalmente regula-

da, permeada por sugestões sociais presentes em ambientes humanos semioticamente organizados ou estruturados a partir da combinação de signos diversos, que possuem a função de guia social. O poder de tal situação/vivência social e seus significados hipergeneralizados guiam e organizam, desta forma, a conduta, o pensamento e os afetos humanos. (Valsiner, 2012)

Na atualidade e na realidade brasileira, a experiência do tornar-se mãe é marcada por uma valorização corporal da gravidez e pela persistência da maternidade como um valor fortemente associado à identidade feminina. A maternidade é concebida como uma experiência singular que transforma a mulher e agrega valores positivos na construção da sua identidade. A experiência corporal da maternidade, por sua vez, se articula com outra dimensão da identidade feminina, apoiada na ideia de autonomia e empoderamento social das mulheres. Assim, a maternidade contém elementos de afirmação da liberdade de escolha e autorrealização. (Vargas, 2006)

No caso analisado, esse signo é internalizado por Joana de modo muito particular, tornando-se parte da sua cultura pessoal. Afinal, ela faz uso da estratégia semiótica de intensificar os aspectos positivos do campo de significado do signo – que a orienta para o futuro – ao mesmo tempo em que ignora ou negligencia os aspectos associados a esse signo que lhe parecem mais incertos. Nesse sentido, o Eu-mãe aparece nesse contexto como uma posição do Eu projetada no futuro, sendo apropriada e entendida por Joana como a "coisa mais importante da vida", associada a emoções positivas como "alegria", "felicidade" e "renovação". Deste modo, esse signo é transformado ao longo do tempo, ganhando nuances de idealização, com a atribuição de muitos valores positivos:

> *Mãe é a coisa mais importante na vida, porque se a pessoa não tem mãe, não é nada... eu vejo a mãe como educadora, que vai instruir a pessoa, uma outra criatura, que vai ser assim, uma semente sua. Então, eu acho que ser mãe é tudo isso, tudo de bom. É uma coisa muito importante.*

Soma-se a isso o desejo de paternidade expresso pelo parceiro, outro signo hipergeneralizado que também funciona como um signo promotor em direção à busca do nascimento do filho. A paternidade aparece como um "sonho do parceiro", que "ele sempre quis", e que Joana percebe ter necessidade de realizar. Deste modo, parece haver certa aliança entre algumas posições do Eu altamente relevantes para o sistema do *self* de Joana, como o Eu-esposa (que deve dar um filho ao marido), o Eu-mulher (cuja tendência é ser mãe) e o Eu-mãe (posição do Eu futura, altamente valorizada). Posições que são alicerçadas por outra posição do Eu muito importante e dominante no sistema do *self*: o Eu-religiosa (Eu-evangélica).

A experiência de cura religiosa, deste modo, merece um destaque especial. Afinal, após a experiência de quatro perdas gestacionais, a coconstrução de risco à sua própria vida, a oposição e o desamparo da família extensiva, constituem circunscritores que poderiam inibir a ocorrência de uma nova gestação. Por este motivo, a escolha pela não maternidade foi tantas vezes aventada por Joana ao longo da sua trajetória reprodutiva. Porém, a experiência de cura religiosa, realizada por um "pastor novo", funcionou como um tipo de catalisador, diminuindo a ativação desses circunscritores e empoderando Joana em direção ao tornar-se mãe, bem como dando sustentação à voz do parceiro pelo seu desejo de paternidade.

Vale lembrar que a experiência de cura religiosa é antecedida por um diálogo com Deus, conhecedor do seu "problema", mas realizada por um pastor que o desconhecia. E, como se Deus estivesse respondendo à sua prece, Joana é chamada pelo pastor para se engajar ativamente na oração de cura, em um espaço de experiência e sociabilidade. Afinal, trata-se de um ritual público, do qual ela foi pessoalmente convidada a participar. O "novo pastor", assim, funcionou como um agente catalítico, proporcionando-lhe um encontro com o sagrado, com o divino, em uma situação afetivamente orientada. Esta situação mobilizou o seu corpo "doente", bem como a sua emoção, levando Joana a chorar muito: "*No momento... eu chorava, eu chorei muito. Foi uma coisa que eu 'tava' bem, eu 'tava' vivendo*". A partir daí, um poderoso signo hipergeneralizado emergiu, passan-

do a guiar os seus pensamentos, condutas e afetos – a "esperança": "*Aí, quando foi em junho... eu parei o remédio* (contraceptivo). *Então, o que me deu a esperança maior é essa, 'né'? Porque quando Ele dá, ele garante*".

Deste modo, a emergência da posição Eu-religiosa-curada-por-Deus oferece uma sustentação poderosa à aliança entre Eu-esposa, Eu-mulher e Eu-mãe, funcionando como uma posição promotora (Hermans & Hermans-Konopka, 2010), isto é, posição que cria alguma ordem e direção na multiplicidade de posições do *self*, organizando, inovando e desenvolvendo o *self* ao longo do tempo. A partir dessa posição, é possível para Joana enfrentar as contradições e conflitos provenientes de vozes que vão no sentido contrário ao da maternidade.

Em detrimento a essas contradições e conflitos, os signos sugeridos pelos outros sociais (especialmente familiares) podem, então, ser rejeitados, desqualificados ou relegados ao esquecimento. E através desse processo de posicionamento e reposicionamento, marcado por tantas negociações no campo do *self*, há a possibilidade de continuidade de uma posição do Eu interna altamente relevante para o sistema do *self*, o Eu-mãe, bem como a instauração de um campo de significados mantenedores de um nível mínimo de ambivalência da condição experienciada.

Com isto, o futuro continua a ser vislumbrado atrelado à maternidade, envolvendo a persistência do comportamento de tentar engravidar, mesmo que outra perda gestacional venha a ocorrer:

> *Porque assim, se esse daqui ficar (gestação atual), eu vou esperar com paciência até o tempo dele nascer e tudo. Mas, também, se ele não vier, eu não vou desistir. Vou procurar um caminho novo, fazer o tratamento que tiver que fazer, fazer o que tiver que fazer pra eu ter o filho e vou tentar novamente.*

O uso de recursos simbólicos e agência pessoal

Com o propósito de dar sentido às experiências passadas, manejar suas interações com os outros e minimizar as incertezas futuras, Joana fez uso de uma série de recursos simbólicos, disponíveis no contexto cultu-

ral no qual ela se insere. (Zittoun, Duveen, Gillespie, Ivinson, & Psaltis, 2003) Isto ocorreu, especialmente, a partir da sua quarta gestação, após ter vivenciado não só a sua terceira perda gestacional, mas também ter construído a percepção de risco à sua própria vida. Deste modo, além dos cuidados com o próprio corpo, como manter-se em repouso, recorreu a outros recursos provenientes do campo médico e do campo religioso – duas instituições culturalmente associadas à capacidade de assegurar alguma certeza sobre a vida e o viver. A cada novo recurso simbólico introduzido e utilizado, renovava-se a esperança de um novo desfecho à sua história reprodutiva (expectativa de futuro), visto que um elemento diferente era introduzido em comparação com as experiências de perdas anteriores (memórias dos eventos passados). Isto é, aumentava-lhe a esperança de que o inesperado pudesse ocorrer.

Assim, quando Joana estava mais fragilizada, em uma situação de extrema vulnerabilidade – com a percepção de risco à sua vida e sem contar com apoio de sua própria família de origem –, ela vai buscar em outras esferas da experiência uma forma de dar sustentação, reconhecimento, legitimação à posição Eu-mãe. Busca, então, um empoderamento dessa posição que estava sendo ameaçada. E encontrou esse reconhecimento e suporte em outros sociais que são culturalmente reconhecidos e valorizados, como o médico, o pastor. Eles atuam empoderando o Eu-mãe de Joana, promovendo a coalizão interna de posições em torno dessa posição central no sistema do *self*.

Assim, durante a sua quarta gestação, recorreu a um serviço de saúde especializado em perdas gestacionais, sendo acompanhada com maior frequência por uma médica especialista: "*a minha gravidez, eu achei que o meu bebê ia ter vida... porque tinha vezes que eu vinha duas vezes por semana na Dra. O... auscultando o bebê*". Os signos "médico" mais "especialista", aliados ao uso mais frequente da "tecnologia" da ultrassonografia, levaram Joana a sentir-se mais segura, mais confiante acerca da possibilidade de sucesso reprodutivo.

No campo da medicina, a promessa de uma solução tecnológica para os mais diversos problemas de saúde pode aliviar a incerteza, tornando a

vida mais previsível, controlável e dentro daquilo que é socialmente esperado, normativo. O saber médico e o seu poder, afirma Moulin (2008), se infiltrou no imaginário coletivo. Deste modo, os médicos configuram-se como um grupo social poderoso que impõem significados sobre o mundo por ordenar e organizar as coisas. Fronteiras simbólicas são, deste modo, construídas. No contexto das tecnologias reprodutivas, as fronteiras simbólico-culturais, bem como os processos de construção de identidade, atuam quando tais tecnologias são usadas. (Malin, 2003)

Além disso, a experiência de não maternidade involuntária leva muitas mulheres a se esforçar na direção de uma identidade normativa que é bastante valorizada social e culturalmente, ainda que negada por seus corpos materiais. Afinal, há um discurso sociocultural e até mesmo político sobre família, casamento e sexualidade que influencia uma tomada de decisão reprodutiva. Esse discurso enfatiza o imperativo cultural da maternidade, bem como a validação dos papéis de gênero através da parentalidade. (McDonell, 2011) Deste modo, a capacidade de procriação parece ser um importante referencial da identidade de gênero.

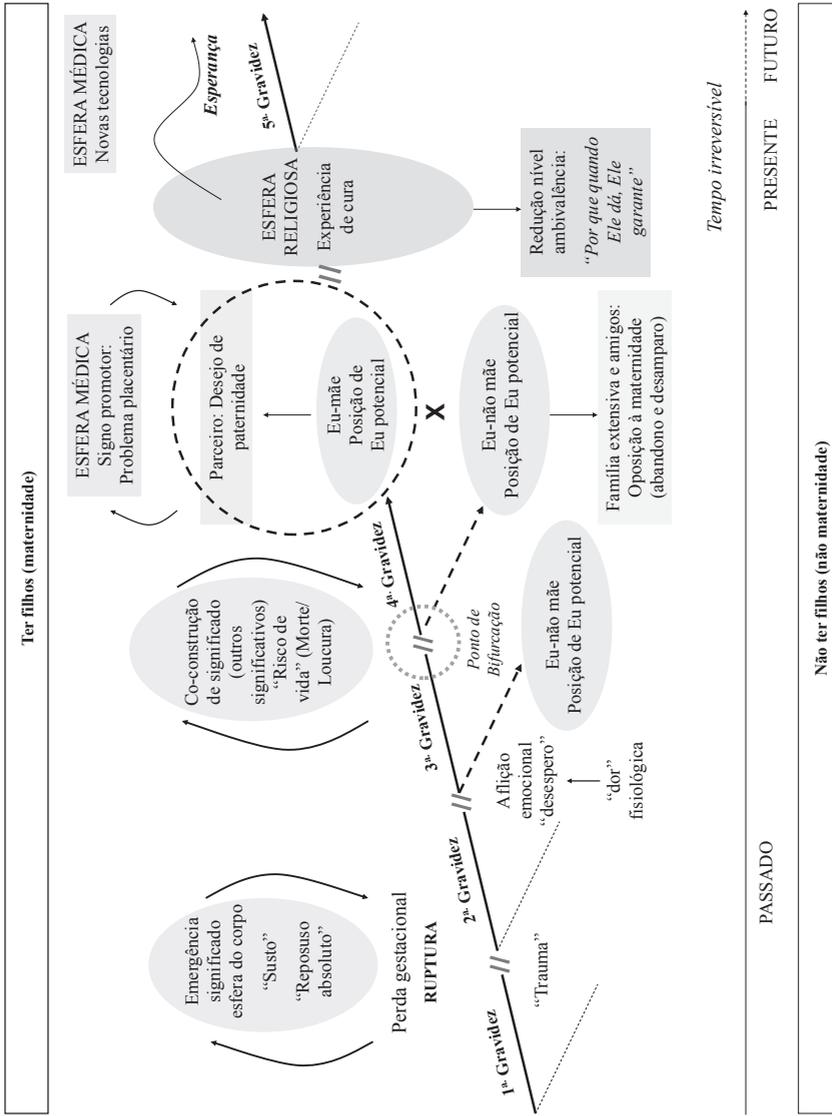
Porém, com a insistência do desfecho trágico, isto é, com a repetição da vivência de mais uma perda gestacional – mesmo com todo o aparato médico e tecnológico que lhe era acessível –, Joana recorre a outra poderosa instituição social: a religião – na busca incansável para superar as ambivalências, minimizar incertezas futuras e conseguir algum controle sobre sua própria vida, seguindo em direção da maternidade. Ela tem a experiência de cura espiritual na igreja que frequentava, realizada a partir da palavra de um outro significativo, "representante de Deus" – o pastor –, legitimado pelo grupo de pessoas que assistia à cerimônia.

Paralelamente, outros recursos simbólicos, advindos do campo médico são também introduzidos a fim de auxiliá-la a lidar com a situação de incerteza: o uso de medicamento e a possibilidade de realizar uma intervenção cirúrgica no colo do útero, denominada cerclagem, para evitar o aborto tardio ou o parto prematuro. "*Agora tem mais possibilidades... estou tomando medicamento que eu nunca tomei de nenhum (outra gestação anterior)... (é) um meio de ajudar a segurar a criança*".

Deste modo, Joana utiliza alguns elementos culturais, disponíveis no contexto em que se encontra inserida, e os utiliza para fazer algo – para agir sobre sua realidade pessoal, para mudar o desfecho da sua história reprodutiva, para alcançar um determinado posicionamento pessoal e social. E, mais do que isso, para empoderar a posição Eu-mãe no sistema do *self*, na medida em que busca reconhecimento e legitimação dessa posição no campo social – nas esferas da medicina e da religião. Ela, assim, constrói uma nova versão do próprio *self*. Nesse sentido, esses elementos tornam-se instrumentos – denominados por Zittoun (2004) como recursos simbólicos, para enfatizar o papel ativo da pessoa. Recursos simbólicos são, deste modo, elementos culturais mobilizados por uma pessoa em uma situação e utilizados a fim de fazer algo. (Zittoun, 2004) A escolha por alguém dos possíveis instrumentos para algum fim faz emergir a questão da agência pessoal.

A partir da perspectiva do construtivismo semiótico-cultural em psicologia, a pessoa é considerada a âncora dos processos discursivos que dinamicamente contribuem para a constituição da sua subjetividade, uma subjetividade que é suposta ser complexa, situada, contraditória e instável, bem como com capacidade de agência. Agência no que diz respeito à apropriação, rejeição, transformação ou modulação dos vários discursos, na escolha e uso dos elementos culturais e na construção de posições subjetivas. (Falmagne, 2004) Deste modo, a pessoa "agentivamente" constrói a sua própria identidade ao longo do tempo. (Abbey & Falmagne, 2008) Entretanto, como enfatizam Abbey e Falmagne (2008), a agência possui uma flexibilidade limitada: ao mesmo tempo em que a pessoa é construída através desses processos que ocorrem nos níveis local e social, é também circunscrita por eles.

A Figura 3 ilustra os principais aspectos analisados da trajetória reprodutiva de Joana, com ênfase para as estratégias semióticas para a construção de continuidade e manutenção da posição Eu-mãe após a quarta perda gestacional.

Figura 3 – Trajetória reprodutiva de Joana

Fonte: elaboração da autora.

Capítulo 4

Oposições nos campos semióticos do *self*: a emergência da agência pessoal

Narrativa autobiográfica da trajetória reprodutiva de Ana no contexto público de saúde

> *É como um vazio que vai ser preenchido.* (Ana)

Ana tem 32 anos de idade, vive em união consensual com o parceiro há 10 anos e possui trajetória reprodutiva marcada por quatro gestações que resultaram em um óbito neonatal e três bebês natimortos. A narrativa construída acerca das suas quatro gestações gira em torno das muitas dificuldades enfrentadas no decorrer dessas e que resultaram, invariavelmente, nas perdas. Descreve detalhadamente os aspectos negativos destas experiências – em geral vivenciadas sem o apoio da sua rede social –, tendo como cenário o itinerário percorrido nos serviços públicos de saúde, marcado por negligências e omissões.

A sua primeira gestação, não planejada e ocorrida aos 21 anos de idade, foi marcada por enjoos – que eram amenizados apenas quando ingeria alimentos com sal –, e por edema generalizado no corpo. Em razão desse último sintoma, recebeu o apelido de "barriga de elefante" – atribuído por algumas pessoas da sua rede social próxima. Ana realizava o acompanhamento pré-natal na rede pública de saúde, sendo acompanhada por um médico obstetra e uma nutricionista. Todo mês auferia a pressão arterial no posto de saúde. Refere incompreensão entre o fato de estar sendo acompanhada por profissionais de saúde e, mesmo assim, ter desencadeado uma pré-eclâmpsia na gravidez:

Agora o que eu não entendi é que eu estava fazendo o pré-natal todo mês, que ele [médico] verificava a minha pressão todo mês, porque eu inchei tanto? Além de eu estar sendo acompanhada pelo obstetra, eu estava sendo acompanhada pela nutricionista, e a nutricionista não me explicou que eu não podia comer sal.

Ana relata que na época tinha um relacionamento atribulado com o namorado. Ele não concordou com a gravidez e sugeriu que ela provocasse o aborto: "*ele falou que se eu quisesse ele me dava remédio pra tirar*". Ana chegou a cogitar a possibilidade de interromper a gestação, mas após conversar com a sua mãe decidiu dar prosseguimento à gravidez:

Eu liguei pra minha mãe... porque ***eu tava na dúvida se eu ia deixar ou se eu ia tirar****, aí ela disse que não era pra tirar, que eu já tinha feito muito por ela, e que tava na hora dela fazer por mim. Aí isso me deu uma força muito grande, entendeu, pelo fato de eu saber que eu podia contar com a minha mãe, com os meus irmãos.*

No sétimo mês de gestação, no entanto, em decorrência de sintomas como o edema generalizado no corpo, visão borrada e pressão arterial elevada, o médico que a acompanhava no posto de saúde recomendou-lhe que buscasse uma maternidade. No entanto, Ana relata dificuldade para conseguir atendimento médico em uma das maternidades públicas existentes na cidade do Salvador, sendo a principal razão a ausência de leitos disponíveis. Relata que essa situação lhe trouxe ansiedade, repercutindo na elevação da sua pressão arterial:

Eu não consegui ser atendida logo no dia que o médico mandou, aí no outro dia de manhã cedo eu fui lá pra Cajazeiras, acho que é Albert Einstein o nome da maternidade, aí chegou lá não tinha vaga... ***aí eu fiquei ansiosa, fiquei nervosa, a pressão aumentou mais ainda****. Aí foi lá que eles decretaram o pré-eclâmpsia. Aí me botaram na ambulância e me levaram pro Roberto Santos, aí chegando lá eles verificaram a minha pressão, e viram que eu tinha que fazer o parto.*

Ana foi submetida a um parto cesárea de emergência – em decorrência do diagnóstico médico de pré-eclâmpsia –, tendo o bebê nascido vivo. Porém, em função da ausência de vagas na UTI neonatal do hos-

pital, o bebê prematuro foi mantido na sala do parto até o dia seguinte – quando, então, foi levado para a incubadora. Para Ana, a conduta da equipe de saúde – de manter o bebê na sala de parto – consistiu na razão para a ocorrência do que ela denominou de "infecção pulmonar", e na subsequente morte neonatal alguns dias depois: "*pelo fato da criança desprotegida numa sala de parto, eu acho que se tivesse botado na UTI, ele teria sobrevivido, porque ele não nasceu com problema nenhum, depois é que foi detectada a infecção pulmonar*".

Nas circunstâncias prévias à morte neonatal, Ana relata ter visto o bebê, que descreveu como parecendo "*que não tinha pele, não tava rosado... parecia que tava em carne viva*". Apesar da precária condição física do bebê, Ana diz lembrar que era um menino e que possuía alguns traços faciais semelhantes aos dela e aos do parceiro.

Na primeira noite após o parto, relata ter tido um sonho premonitório sobre a morte iminente do bebê: "*eu comecei a sonhar com caixão,... e só ouvindo alguém chamar a emergência para o berçário, chamando o pediatra para o berçário, só chamando, chamando, chamando, e eu só sonhando com caixão roxo*". No dia seguinte, relata que a equipe médica comunicou-lhe sobre o óbito: "*a criança não sobreviveu e eu graças a Deus, sobrevivi, sofri muito, mas superei*".

Durante a experiência de internação, parto prematuro e morte neonatal, um dos aspectos considerado mais difícil para Ana consistiu na ausência de apoio emocional do namorado – que a deixou sozinha na situação da perda –, bem como na ausência da família, que desconhecia o local no qual ela havia sido internada. Relata ter solicitado aos profissionais de saúde que avisassem a alguns membros familiares onde estava, mas, apesar da solicitação, permaneceu sete dias sem qualquer contato. Ana acredita que essa situação implicou na manutenção do seu quadro hipertensivo:

> *Quando eu fui da maternidade pública para o Roberto Santos, eu fiquei sem contato nenhum com a minha família, eu fiquei sete dias sem a minha família saber onde eu andava... Eu fiquei agoniada, acho que foi justamente por isso que*

estavam me dando remédio pra baixar a pressão, e a pressão não queria baixar, e eu só pedindo: "ligue pra minha família, ligue pra minha família, eles não sabem onde estou".

A segunda gestação, ocorrida após aproximadamente dois anos da primeira e também não planejada, foi descrita como "*bem-vinda*", na medida em que Ana se encontrava em outro relacionamento, com um parceiro "*mais responsável*" e "*feliz com a gestação*". O relato dessa gravidez faz referência às dores sentidas na região abdominal, no terceiro trimestre de gestação, e ao itinerário terapêutico percorrido nos serviços públicos de saúde na tentativa de solucionar esse problema. Há a lembrança do momento em que percebeu que os movimentos fetais haviam cessado, já com quase nove meses de gestação, e da procura por um atendimento médico nos serviços de saúde. Ana relata a confiança na orientação médica de que os movimentos fetais nem sempre ocorriam, levando-a a regressar para a casa sem submeter-se a qualquer exame clínico: *"disseram que a criança também dormia, que também não mexia 24 horas por dia... aí eu também fiquei na minha... o médico dizia, eu acreditava".*

Dias depois, ao sentir algumas contrações uterinas, Ana decide adiar a ida à maternidade, na medida em que precisava realizar uma avaliação acadêmica na escola em que concluía o segundo grau do ensino médio. Porém, por ter se sentido mal, precisou retornar para casa. Como resultado, o parto ocorreu em casa, sendo realizado por uma vizinha que era enfermeira, e acompanhada pelo parceiro. Ana deu à luz a um bebê natimorto do sexo feminino. Em seu relato, evidencia-se a contradição entre uma suposta tranquilidade atribuída ao fato de ter sofrido a perda em casa (em vez do hospital), e, por outro lado, o longo tempo necessário para superação dessa perda:

Eu perdi em casa, não foi em hospital, perdi em casa... foi mais tranquila, assim, não sei, não sei, eu levei um tempão pra poder superar... Eu lembro que eu chorava muito mesmo, mas depois eu me conformei, talvez porque, tinha muita gente que 'tava' do meu lado, sabe, toda hora chegava um... eu não me deixei abater.

Decorrido sete meses, Ana engravidou novamente e, mais uma vez, sem qualquer planejamento prévio. Em contraste ao apoio oferecido pelo parceiro em sua segunda gestação – que se mostrava feliz com a ideia de ter um filho –, na terceira gestação a reação do parceiro foi a de incentivá-la a abortar: *"ele não gostou, queria, porque queria que eu tirasse"*. No entanto, na medida em que Ana não concordou em induzir o aborto, os conflitos entre o casal tiveram início: *"aí foi quando 'começou' as críticas, 'começou'... os maus tratos, assim, verbal, aí 'começou' as discussões"*. Os conflitos só foram minimizados quando ela ingressou no segundo trimestre da gestação: *"quando chegou, assim, do quinto mês, do quarto mês em diante, ele se acalmou mais... porque não ia ter jeito a dar, e aí acabou aceitando"*. Apesar disso, a aceitação por parte do parceiro limitava-se a não insistir mais no aborto.

Em sua narrativa sobre a terceira gestação, Ana focaliza os problemas que ocorreram ao longo desta, como a perda de líquido amniótico, a impossibilidade de realizar o acompanhamento pré-natal devido à greve da polícia militar na cidade, a perda de exames e documentos, entre outros incidentes. Em relação à perda de líquido amniótico, Ana relata ter buscado assistência médica, mas a informação recebida pelos profissionais de saúde foi a de que "*não era nada de mais*".

Aos sete meses de gravidez, ao sentir fortes dores na região abdominal, Ana buscou atendimento médico. Porém, a orientação transmitida foi de que, apesar das dores e do retardo no desenvolvimento do bebê, ela deveria retornar para a casa. Tal orientação foi seguida apesar da percepção de que havia algo errado:

> *Simplesmente mandaram ir pra casa e aguardar, mas só que eu percebi, porque quando a médica me examinou eu senti que a luva saiu cheia de sangue... Eu percebi que não tava nada normal, mesmo assim eu fiquei tranquila, tranquila vírgula, né, porque a minha pressão subiu logo.*

Na medida em que as dores se intensificaram, Ana retornou à maternidade algumas horas depois, quando então ocorreu a perda gestacional.

Descreve que, desta vez, a reação à perda foi a de "*desespero*" e vontade de ficar sozinha: "*não queria [ouvir] voz de ninguém, não queria ver cara de ninguém, não queria falar com ninguém*". Também relata que chegou a ver o bebê no momento em que a médica fez o parto, era uma menina, que descreve como um "*bolo de carne*", "*bem pequenininho*", com peso de "*meio quilo e pouco, porque ela tava com o desenvolvimento de cinco meses*". O bebê foi autorizado a permanecer no hospital, não havendo qualquer tipo de ritual fúnebre ou certidão de óbito. Vale destacar que a reação emocional intensa frente a mais uma perda parece ter se dissipado ao retornar para casa: "*mas, passou, fui para a casa bem, e ficou*". Após a perda, o parceiro "*evitava tocar no assunto*", o que é interpretado por Ana como uma reação positiva, já que ele não a responsabilizou pelo ocorrido.

Após a terceira perda gestacional, Ana relata ter firmado um acordo com o parceiro no qual fariam uso regular de algum método contraceptivo, a fim de evitar uma nova gravidez. Porém, o uso inadequado deste os levou a outra gravidez, aproximadamente dois anos depois. Ana relata que nessa gestação tinha ainda mais "*esperança*" de que "*poderia dar certo*", empenhando-se pessoalmente para isto. Deste modo, procurou um posto de saúde a fim de receber um acompanhamento pré-natal, explicitando à equipe de saúde a sua história anterior de perdas gestacionais recorrentes. Apesar dos seus esforços em compartilhar suas percepções e experiências prévias à médica do pré-natal, achou que não foi bem compreendida. Afinal, a médica lhe receitou um medicamento para "*segurar a criança*", visto que *"ela achava que eu tinha algum tipo de dilatação no útero... mas na verdade não era por dilatação, era a pressão que aumentava... eu disse a ela"*.

Dias depois, Ana retorna ao mesmo posto com um quadro hipertensivo, o que parece surpreender a médica: *"aí ela falou: 'não entendi nada... trabalhei certinho com você, não tou entendendo nada"*. Ana, então, respondeu: *"mas eu avisei a senhora que a coisa acontecia de uma hora para outra"*. Outro momento crítico ocorreu quando a mesma médica constatou que os batimentos fetais estavam alterados. Ana é encaminhada

para realizar uma ultrassonografia de emergência, quando outra médica afirmou-lhe que não havia problemas. Neste momento, porém, Ana interveio, dizendo: *"não, não está tudo ok, não, porque eu não estou sentindo a criança mexer"*. A partir desta intervenção, o exame é novamente realizado, quando então houve a confirmação da alteração dos batimentos cardíacos do bebê*: "quer dizer, se eu não tivesse dito isto a ela, eu ia pra casa normal, feliz da vida, e ia acontecer o que? O mesmo que aconteceu com os outros, como acabou acontecendo"*.

A partir do diagnóstico de alteração dos batimentos cardíacos fetais, um itinerário terapêutico precisou ser percorrido – sem companhia e através do transporte público –, do posto de saúde para uma maternidade que não possuía vaga, desta para outra maternidade especializada em prematuridade, onde constataram que sua pressão arterial estava ainda mais elevada, exigindo procedimentos médicos de emergência. Deram-lhe medicamentos para induzir o parto, o que a levou a sentir muitas dores e resultou na morte do bebê, que continuou retido em seu útero. Diante dessa situação, foi necessário introduzir outro medicamento – conhecido popularmente como Citotec – como último recurso antes de cogitar um parto cesáreo, o que acabou por expulsar o bebê natimorto. Ana relata a intensa dor física sentida devido a esses procedimentos: *"foi muito doloroso, me machucou muito, machucou mesmo... era tanto sangue que parecia que o meu útero tinha diluído assim e virado tudo em sangue"*. A indução do parto e a consequente morte fetal trazem uma recordação muito dolorosa para Ana:

> *Acho que isso foi... a parte que mais me machucou, porque eu sabia que ela* (a criança) *'tava' viva, então isso, me machucou muito... foi a gestação que mais doeu... Quando me disseram que 'tava' vivo, mas que eu ia ter que tomar remédio pra poder abortar, aí isso me machucou muito.*

Também possui algumas lembranças do bebê: *"eu lembro que a criança nasceu perfeita... sem faltar nada"*. A criança era um menino, o que era desejado pelo parceiro: *"era o que ele mais queria... o que ele mais quer é um filho homem"*.

Muitas intercorrências clínicas fizeram-se presentes após a quarta perda gestacional como hemorragia, dor, infecção urinária, infecção hospitalar, entre outros, levando a um longo tratamento médico. Além disso, Ana também buscou um tratamento psicológico, na medida em que a última experiência de perda despertou-lhe, entre outras coisas, crises de ansiedade e síndrome fóbica a determinadas situações: *"essa última... me machucou muito, e o que me deixou com esse problema de, de medo, de engravidar de novo, me deixou com medo de ver acidente, medo de ver pessoas mortas"*.

A fim de engravidar novamente, Ana recorreu a um atendimento médico especializado em aborto de repetição em uma maternidade pública.

As dinâmicas no âmbito do *self*: processos dialógicos envolvidos na autorregulação semiótica

A trajetória reprodutiva de Ana apresenta-se marcada por perdas gestacionais tardias, ocorridas em decorrência do desencadear de distúrbios hipertensivos na gravidez, dos obstáculos no acesso à assistência prestada pelos serviços públicos de saúde e da relação monológica estabelecida entre médico-paciente. Ao longo desse percurso, a posição subjetiva de Ana caracterizou-se pela subserviência diante das mensagens comunicativas provenientes do outro social – internalizadas como hierarquicamente superiores aos seus próprios pensamentos, sentimentos e sensações. Do ponto de vista da teoria do *self* dialógico, pode-se afirmar que as posições do Eu internas eram subjugadas pelo "outro social" – que, por sua vez, exercia uma relação de dominância no âmbito do *self*. Vale ressaltar que a dinâmica do *self* dialógico implica em variabilidade na construção do "outro social" em diferentes níveis de abstração e generalização: esse "outro" pode ser uma pessoa real, uma construção pessoal de "outros sociais" reais ou imaginários, "outros sociais" no domínio intrapsicológico, ou ainda a criação de "vozes" dos "outros". (Valsiner, 2012)

Assim, a primeira gestação de Ana configurou-se em um evento não planejado e alvo de uma série de sugestões sociais contraditórias entre si. Entre as sugestões sociais mais significativas, destaca-se a voz do namorado que sugeriu a indução do aborto: "*se eu quisesse, ele me dava remédio pra tirar*". Tal sugestão levou Ana a cogitar essa trajetória no campo de possibilidades de ação futura: "*eu 'tava' na dúvida se eu ia deixar, ou se eu ia tirar*". Porém, outra voz significativa é convidada a se expressar, a voz materna, que se mostra irrevogavelmente contrária a essa possibilidade e hierarquicamente superior às demais vozes no âmbito do *self* – visto que Ana decide seguir a orientação materna: "*ela disse que não era pra tirar, que eu já tinha feito muito por ela, e que 'tava' na hora dela fazer por mim, aí isso me deu uma força muito grande*".

Nessa situação em particular, pode-se notar o processo de autorregulação da cultura pessoal de Ana (ver Figura 4), na medida em que ela criou, simultaneamente, possibilidades – ao refletir sobre a trajetória potencial de induzir o aborto – e meios para garantir que tal possibilidade não pudesse se realizar – ao indagar à sua própria mãe (mulher que teve nove filhos e nunca induziu o aborto) sobre essa trajetória alternativa. Ou seja, ao evocar a voz materna, Ana bloqueia essa possível ação futura e, com efeito, o aborto é excluído de qualquer possibilidade de realização. A escolha pelo não aborto – significado que se amplia englobando a noção de maternidade – harmoniza-se com o contexto cultural no qual ambas, mãe e filha, encontram-se inseridas, onde a noção de maternidade é fortemente associada à identidade e ao papel social feminino, enquanto que a noção de aborto associa-se a um ato criminoso. A maternidade, carregada de valor socialmente, é pessoal e gradativamente internalizada por Ana de modo singular, ao longo da experiência de gestações e perdas. O tornar-se mãe passa a constituir uma importante posição do Eu potencial – dirigida para o futuro –, que se revela dominante até mesmo quando Ana entra em conflito com o novo parceiro, que também sugere o aborto, bem como com a própria mãe que, em um momento posterior, a incentiva a desistir de tentar engravidar novamente.

Figura 4 – Processo de autorregulação da cultura pessoal

ABORTO / NÃO ABORTO
(Núcleo A) (Não- A)

MATERNIDADE / NÃO MATERNIDADE

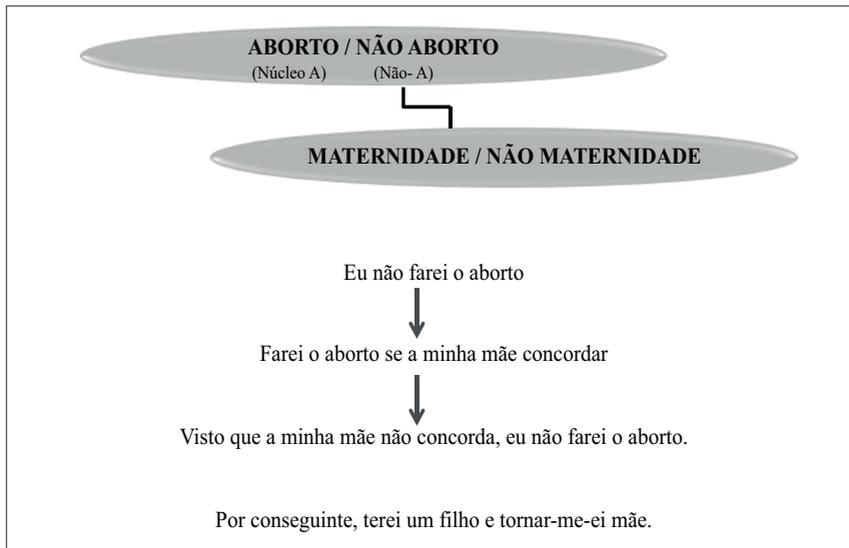
Eu não farei o aborto

↓

Farei o aborto se a minha mãe concordar

↓

Visto que a minha mãe não concorda, eu não farei o aborto.

Por conseguinte, terei um filho e tornar-me-ei mãe.

Fonte: elaboração da autora.

Outro aspecto que merece destaque consiste no posicionamento subjetivo de Ana de subordinação frente às orientações médicas, desconsiderando a sua experiência anterior, bem como a percepção de que tais orientações não pareciam ser as mais adequadas. Passiva frente à sua própria condição de saúde, submete-se à negligência institucional sem dar voz aos seus sentimentos e sentidos, deixando-se conduzir a recorrentes insucessos gestacionais:

> *Eu percebi que a criança não tava mexendo mais, mas eu fui fazer o pré-natal e disseram que a criança também dormia, que também não mexia vinte e quatro horas por dia... aí eu também fiquei na minha... o médico dizia, eu acreditava.*
>
> *Eu já tinha ido no Iperba, por causa que eu tava perdendo líquido, disseram que não era nada de mais, que era só pra repetir os exames... só que não deu tempo de fazer os exames... eu acabei perdendo.*
>
> *Eu comecei a sentir umas dores fortes na barriga, aí eu fui pro Caribé, quando chegou lá disseram que eu tava com desenvolvimento de cinco meses, mas também não me disseram que eu tava perdendo, simplesmente mandaram ir pra casa*

e aguardar, mas só que eu percebi, porque quando a médica me examinou eu senti que a luva saiu cheia de sangue, aí eu percebi que não tava normal, mesmo assim eu fiquei tranquila, tranquila vírgula, né, porque minha pressão subiu logo.

Deste modo, a partir da perspectiva teórica do *self* dialógico, pode-se afirmar que as vozes coletivas (posições externas) parecem ocupar um lugar hierárquico de dominância sobre a voz pessoal (posições internas), que se mostra submissa a essas. Essa relação de dominância destaca-se, especialmente, na relação estabelecida com os médicos.

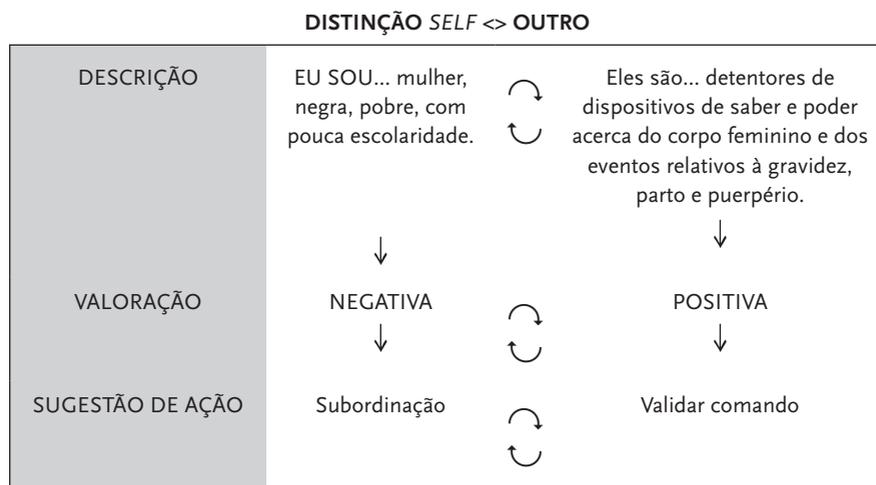
Ao considerar a narrativa construída por Ana, evidencia-se a função psicológica de criar distinção entre "eu" (paciente) *versus* "eles" (os médicos). Aos médicos, Ana adicionou o valor positivo de saber legítimo sobre o seu próprio corpo, sobre a sua própria vida e saúde. Para ela, os médicos representavam a autoridade do conhecimento sobre a biologia feminina no período gravídico-puerperal. Assim, valores foram adicionados à descrição desse outro: o que eles (os médicos) fazem e dizem é hierarquicamente superior ao que ela pensa, sente ou é capaz de dizer. Essa adição de valor conduziu à autorreflexão sobre possibilidades de ação – no caso, obedecer às prescrições médicas. Ana, então, abstém-se a agir de modo diferente – mesmo quando pensa nessa possibilidade –, pois atribui aos médicos uma valoração positiva: eles sabem mais do que ela. Daí, a propensão a agir em decorrência da adição de valor ao significado. Afinal, "a realidade das relações humanas ocorre em contextos sociais configurados como campos orientados para metas, em que as distinções particulares do tipo que adiciona valor tornam-se a base para negociações reais de poder e para diversas formas de discriminação social". (Valsiner, 2012, p. 113)

A distinção Eu/Eles deve ser acrescida, então, de uma orientação para metas generalizadas ou imperativos morais. Ao paciente – como a própria palavra indica – cabe a obediência passiva ao saber especializado e, supostamente, científico da medicina; os médicos, por sua vez, devem usar o saber que possuem para "cuidar" do paciente. Ao que parece – tomando como base a ação empreendida nos contextos de saúde, conforme descrita por Ana –, os médicos também realizaram uma valoração

da paciente atendida. Afinal, tratava-se de uma mulher, negra, pobre, moradora da periferia da cidade, com pouca escolaridade. É possível que essas características – que não apenas a diferenciam desse outro, mas a tornam inferior, dado os estigmas sociais – tenham orientado o atendimento despersonalizado, mecânico, permeado por atitudes de pouco interesse para com as percepções e experiências relatadas por Ana. Deste modo, a relação médico-paciente caracterizou-se por ser do tipo monológica, na qual os médicos desconsideraram a subjetividade da paciente, inviabilizando a possibilidade de estabelecer com ela uma relação comunicativa. (Salgado & Gonçalves, 2007) E assim, a valoração das distinções feitas pelos médicos – do tipo negativo – implicou em uma desvalia do relato construído por Ana sobre a sua história reprodutiva. Com efeito, os médicos exerceram seu papel ligado ao poder – sobre o corpo e a vida de um outro considerado inferior – subestimando a narrativa da paciente. A Figura 5 ilustra essa distinção entre médicos e paciente, evidenciando o campo de ação delineado a partir da adição de valor ao significado:

Figura 5 – Distinção Eu-paciente *versus* Outro-médico

DISTINÇÃO *SELF* <> **OUTRO**

DESCRIÇÃO	EU SOU... mulher, negra, pobre, com pouca escolaridade. ↓	↻	Eles são... detentores de dispositivos de saber e poder acerca do corpo feminino e dos eventos relativos à gravidez, parto e puerpério. ↓
VALORAÇÃO	NEGATIVA ↓	↻	POSITIVA ↓
SUGESTÃO DE AÇÃO	Subordinação	↻	Validar comando

Fonte: elaboração da autora.

Entretanto, ao longo da trajetória reprodutiva de Ana algumas mudanças ocorreram em relação a esse ato de diferenciação da autonomia subjetiva sob a forma de extensiva devoção à autoridade médica. Isto porque, a experiência de perdas gestacionais recorrentes – ocorridas em detrimento da busca pela assistência à saúde oferecida por esse outro considerado superior e detentor do saber sobre os processos relacionados à saúde e à doença – pareceu suscitar uma reconstrução de significado. Essa reconstrução se tornou possível a partir da tensão estabelecida entre o "como se" (como se os médicos fossem os detentores de um saber infalível sobre os processos gravídico-puerperais) e o "como é" (os médicos têm um saber falível). A reflexividade sobre essa tensão pode ter sido o lócus de nascimento do tornar-se: o movimento em direção a um novo posicionamento subjetivo diante do outro.

Na quarta gestação, quando, mais uma vez, houve o desenvolvimento de um quadro hipertensivo, Ana conseguiu questionar a voz médica. E assim, diante da contradição entre os saberes de dois médicos – nos quais um deles afirmava o comprometimento fetal em decorrência do distúrbio hipertensivo, enquanto o outro não – Ana fez valer a sua própria percepção. Pela primeira vez, conseguiu dar voz aos seus pensamentos ao dizer: "*Não está tudo ok, porque eu não estou sentindo a criança mexer*". Assim, houve a emergência de algo novo sob a base do previamente conhecido: da mesma experiência de pré-eclâmpsia na gravidez e da busca por assistência médica, houve a assunção de um protagonismo, de agentividade pessoal. Ana se posicionou como um agente ativo que se apropria, resiste e transforma os discursos sociais disponíveis, negociando o seu posicionamento subjetivo na relação com os outros sociais, em situações específicas. (Abbey & Falmagne, 2008; Falmagne, 2004) O que implicou na reconstrução dos seus sistemas de significado pessoais – pois passou a imprimir valor às próprias percepções, sensações e sentimentos – e no reposicionamento de outros significativos no âmbito do *self*, como os médicos e a sua própria mãe – construindo novas hierarquias semióticas. Mudanças significativas, então, se efetivaram no posicionamento subjetivo de Ana em relação ao seu próprio saber (sen-

timentos, sensações e significados pessoalmente construídos). Diante da negligência institucional, do descaso dos profissionais de saúde e das sucessivas perdas gestacionais, Ana foi intimada a inventar o seu próprio saber, convocada a circunscrever a gama de possibilidades futuras, forjando alguma estabilidade em um cenário repleto de incertezas, a fim de seguir em direção à maternidade.

Deste modo, ela recupera gradativamente a sua autonomia subjetiva, não só em relação à autoridade médica, mas também em relação a outros significativos da sua rede social próxima. Essa mudança em seu posicionamento subjetivo evidencia-se com mais clareza após a sua quarta perda gestacional. Depois de um longo período de transição não normativa em decorrência dessa perda, Ana decide voltar a engravidar. Mas, durante esse movimento subjetivo, defrontou-se com a oposição generalizada da sua rede de apoio. Pessoas significativas, tais como a sua mãe e o parceiro sugeriram oposição a esse movimento em direção à maternidade biológica:

> *Até a minha mãe falou assim: 'Se eu fosse você, eu não tentava mais não, ficar correndo risco'. Aí eu falei: 'Mas minha mãe, o que é o risco, a senhora não correu risco do meu irmão penúltimo, a senhora quase não morreu? Não engravidou de novo, não deu certo? Então? Se a gente não lutar, como é que vai saber que vai dar certo?'.*

Ana, então, consegue argumentar e indagar o significado construído pelo outro – que se edifica enquanto obstáculo na realização da trajetória em direção à maternidade. Consegue reestruturar a hierarquia semiótica pessoalmente construída, permitindo que posições internas pudessem reassumir a dominância no território do *self*. E entre as vozes dessas posições internas, há aquela que argumenta que, entre tantas possibilidades futuras, há a trajetória que corresponde a "não perda", ou seja, a trajetória do tornar-se mãe e ter um filho – possibilidade esta que passa a dominar sobre todas as demais.

Mediação semiótica e estratégias para construção de continuidade: emergência do sentimento de responsabilidade pessoal

Faz-se importante observar que em grande parte da narrativa construída por Ana, ela parece responsabilizar, quase que exclusivamente, os profissionais e os serviços de saúde pelos recorrentes insucessos gestacionais sofridos. Porém, durante o processo psicoterápico a que recorreu dois anos após a última perda gestacional, ela consegue implicar-se no problema e refletir sobre o remorso que sentia em relação a certas ações empreendidas nas gestações anteriores e que, de alguma maneira, podem estar relacionadas às perdas – tais como a profusa ingestão de sal na sua primeira gravidez. Ao abordar esse assunto, Ana chora muito e relata o quão difícil era assumir o seu saber, conhecê-lo e reconhecê-lo para si mesma. Há a emergência, então, de um sentimento de responsabilidade pessoal pela trajetória reprodutiva.

Vale ressaltar que, a busca pelo conselho de um "curador" culturalmente sancionado, com o qual é possível estabelecer uma relação de confiança e imaginar que essa pessoa será capaz de ouvir o que os outros não podem, fornece uma perspectiva e direção valiosa para Ana acerca de como a sua história de vida pode ser vivida diferentemente. (Neimeyer & Buchanan-Arvay, 2004) Deste modo, através da sua inserção nessa esfera da vida, ela consegue encontrar o reconhecimento acerca da realidade das perdas experienciadas, bem como a legitimação da sua dor e do seu processo de luto – muitas vezes não autorizados pela rede social próxima, o que a auxilia a integrar suas experiências passadas (memórias) no presente e, a partir disso, reconstruir suas perspectivas futuras. Através da psicoterapia, os processos de construção e reconstrução dos significados são promovidos, levando Ana a elaborar uma nova narrativa sobre si mesma. Afinal, são oferecidas oportunidades para novas posições do Eu emergirem ou posições não dominantes sobressaírem. Essa nova narrativa do *self* pode, então, orientá-la em direção ao futuro potencial imedia-

to, reduzindo a incerteza e mediando a relação com o mundo ao redor. (Ribeiro & Gonçalves, 2010; Valsiner, 2002)

Assim, um aspecto específico da emergência do sentimento de responsabilidade subjetiva configura-se na construção de sentido pessoal para a manutenção ou agravamento do quadro hipertensivo, desencadeado em suas gestações, em decorrência da elevação do nível de ansiedade, como ilustra o relato a seguir: *"Quando a médica me examinou eu senti que a luva saiu cheia de sangue, aí eu percebi que não tava normal, mesmo assim eu fiquei tranquila, tranquila vírgula, né,* ***porque minha pressão subiu logo"****.*

Retomando retrospectivamente sua experiência, construímos uma sequência hipotética e simplificada das intricadas e complexas relações entre o corpo e suas reações com a codificação semiótica do campo afetivo (ver Figura 6). Em um primeiro momento, é possível que Ana tenha sentido algo "estranho", "diferente" em seu corpo – corpo este que abriga a gravidez em desenvolvimento. Sente algo do qual não consegue especificar. Não se sente bem, há a sensação de um mal-estar físico, o que a faz buscar atendimento médico. A experiência subjetiva de ansiedade é precipitada pela construção de sentido pessoal de ameaça ou perigo a determinados eventos. No fragmento acima, a imagem do próprio sangue implicou na emergência de um signo indicador de complicação gestacional. No processo de construção do significado, a experiência reprodutiva de Ana no passado referencia o modo por meio do qual ela constrói um sentido do presente. Ao mesmo tempo, referencia também as imagens do futuro possível, que, com efeito, retroagem sobre o presente. Ou seja, há o aparecimento de pensamentos orientados para o futuro, em forma de pensamentos negativos antecipatórios, que se delineiam particularmente em proposições do tipo "e se": "e se eu sofrer uma nova perda?". Esses pensamentos ocasionam a emoção aqui descrita como ansiedade. Associados ao estado de ansiedade há o surgimento de reações biológicas ou fisiológicas, como a ampliação ou manutenção de um quadro hipertensivo. Essas reações implicam na emergência de outros signos (ex:

tensão corporal, respiração acelerada, taquicardia etc.) que, novamente, retroalimentam os significados de vulnerabilidade pessoal e, subsequente, o estado de ansiedade, levando a um ciclo afetivo-semiótico de manutenção do seu quadro hipertensivo.

Através de um movimento de introspecção, Ana consegue dar-se conta da influência do estado de ansiedade no agravamento da sua condição geral de saúde nas gestações anteriores. E, através do processo psicoterápico, consegue obter algum controle sobre o seu próprio estado emocional. Esses comportamentos, então, parecem evidenciar que Ana se percebe, pelo menos em parte, como responsável pelos eventos passados.

Juntamente com a emergência do sentimento de responsabilidade pessoal, outro sentimento fez-se presente: a sensação de ter algum controle sobre a situação, ou seja, de não estar tão à mercê dos acontecimentos, das contingências da vida. A assunção desse sentimento faz parte do movimento subjetivo iniciado por Ana de não submeter-se mais ao jugo do outro, e, então, de si mesma, de novo, tomar posse. (Nietzsche, 2004) Afinal, tornando-se responsável por si mesma coloca a direção da vida um pouco mais em suas próprias mãos. E, através dessa apropriação, adquiriu a possibilidade de seguir adiante em melhores condições. Permitiu-se aprender com a experiência interna e externa das suas próprias ações. (Guedes & Walz, 2009) O que tornou possível, no momento presente, delinear um planejamento para a próxima gestação, a fim de reduzir a probabilidade de eventos considerados negativos, minimizando a ambivalência frente ao futuro.

Figura 6 – Ciclo afetivo-semiótico de manutenção do estado emocional

Fonte: modificada a partir de Valsiner (2012).

Assim, Ana planeja engravidar novamente, apesar de vislumbrar possíveis dificuldades que poderá vir a enfrentar – semelhantes as que experienciou nas gestações anteriores: *"estou consciente que pode haver problema... Mesmo assim eu quero ter filho, é como dizia a minha avó: 'quem não arrisca não petisca', então eu vou arriscar"*. Ao antecipar possíveis difi-

culdades em uma próxima gravidez, Ana procura ajustar o seu comportamento presente às demandas situacionais futuras. E nesse processo de construção de estratégias para enfrentar os possíveis desafios futuros, Ana entrega-se a uma reflexão imaginativa do passado – suscitando tensão entre o que foi e o que poderia ter sido –, o que repercute, por sua vez, em uma reflexão imaginativa do futuro, bem como em um guia para as ações no momento presente, indicando o que precisa fazer agora, para conseguir alguma estabilidade, num cenário repleto de incertezas:

> *Porque às vezes eu penso, assim, será que se eu tivesse feito, assim como a médica mandou, logo ir pra maternidade... se... tivessem feito logo a cesárea, será que não tinha chance de sobreviver, colocando na UTI, alguma coisa? Então é isso que ainda me deixa dúvida.*

Ana realiza, portanto, uma tentativa de reorganizar o campo de possibilidades futuras ao se relacionar com o mundo. Deste modo, busca um ambulatório especializado em perdas gestacionais recorrentes; realiza todos os exames clínicos solicitados pelo médico; procura atendimento psicológico a fim de elaborar as perdas anteriores e construir estratégias para enfrentar uma gestação futura; e negocia com o parceiro o seu desejo de tornar-se mãe frente à recusa deste de tentar novamente. Permite-se, assim, uma experiência prospectiva, ou seja, a predição imaginativa do futuro com o propósito de conseguir algum controle sobre os acontecimentos que ainda estão por vir:

> *Por isso é que eu digo, se eu voltar a engravidar, e que eu vou voltar, que eu luto para isso, eu não quero parto normal [risos] eu quero cesárea... Eu vou dizer a ela [à médica] [que] com oito meses [de gestação] quero logo que faça a minha cesárea.*

Tal como ilustra o fragmento acima, essas predições imaginativas do futuro estão orientadas para a meta de evitar uma nova perda, assim como, evitar sentir a dor física por meio do parto normal. Ou seja, Ana planeja detalhadamente o caminho a ser percorrido a fim de minimizar as incertezas futuras e garantir algum controle da situação. Processo que envolve agência ativa.

E, para todos os demais eventos da vida aos quais não tem controle, Ana recorreu ao signo hipergeneralizado "Deus": "*se Deus me enviar [nova gestação] é porque vai dar certo, se tiver que dar certo, Deus não vai enviar gestação pra mim se não for pra dar certo, pra eu sofrer tudo de novo*". Em seu fluxo de pensamento, então, Ana recorre à noção internalizada de Deus para resolver as suas questões internas. E, ao fazer isso, há a criação de um campo afetivo hipergeneralizado de espiritualidade. (Wagoner, Gillespie, Valsiner, Zittoun, Salgado, & Simão, 2011) Há a emergência de um signo promotor, isto é, um significado hipergeneralizado que promove a integração da ambivalência (Valsiner, 2012), e que lhe permite seguir na direção de uma nova tentativa de gravidez.

A idealização imaginativa da maternidade: promotora dos modos de agir, pensar e sentir

O sistema de significados relacionados à maternidade se desenvolveu e se modificou ao longo da história de gestações e perdas e do processo relacional e dialógico estabelecido com as outras pessoas. Mudanças gradativas em direção à construção e reconstrução de significados podem ser observadas no decorrer da trajetória reprodutiva de Ana. Assim, durante a sua primeira gravidez, Ana chegou a cogitar possibilidade de não levá-la a termo, dada às circunstâncias nas quais se encontrava. Desta forma, os significados inicialmente construídos em relação à maternidade fazem referência a esta como uma escolha, que pode ou não ser realizada por uma mulher. Além disso, o seu maior sofrimento, após a primeira perda gestacional, esteve principalmente relacionado com a ausência do parceiro.

No entanto, esta configuração inicial modificou-se significativamente no decorrer das demais perdas, onde os sintomas depressivos tornaram-se cada vez mais perceptíveis, e onde ela decidiu dar prosseguimento às gestações empreendidas independente da opinião do parceiro – que se mostrava decididamente contrário a isso –, e das tantas dificuldades que iam se fazendo presentes. A última perda, em especial, pareceu ilustrar

a amplitude desta mudança, na medida em que levou a uma profunda devastação emocional na vida de Ana, que, a despeito disso, decidiu continuar persistindo, apesar dos riscos de vivenciar todo este sofrimento novamente.

No momento presente, posição específica no espaço e no tempo a partir do qual Ana constrói a sua narrativa, a maternidade refere-se a um sonho que luta para concretizar. Isto é, transformou-se em um signo hipergeneralizado do tipo campo que guia a gama possível de construções de significado possíveis no futuro. (Valsiner, 2004) Signo produzido para regular o significado criado por outros signos, funcionamento como um regulador semiótico intrapsicológico, promotor de um modo de sentir, pensar e agir. Assim, a emergência desse signo promotor tornou possível, no âmbito do *self*, manter a posição Eu-mãe tão ameaçada ao longo da sua experiência.

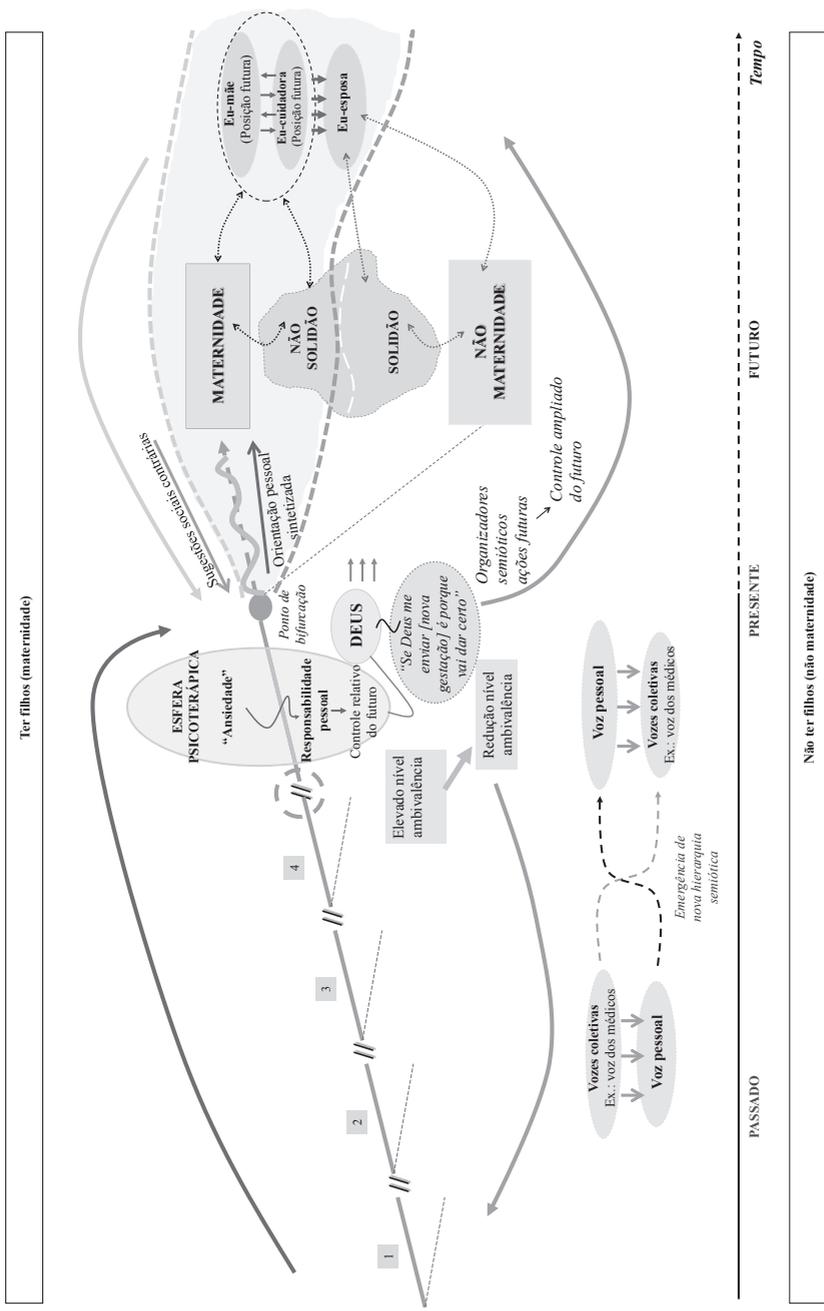
Para Ana, a maternidade representa uma condição que ultrapassa o mero tornar-se mãe, encontrando-se associada à mudança no campo afetivo que, no momento presente, apresenta-se marcado pelo sentimento de solidão: *"além de ser mãe, é como se fosse mais uma companhia pra mim"*. Isto porque, Ana sente a ausência do parceiro e acredita que com o filho conseguirá se *"desligar mais da ausência"* dele: *"eu tenho certeza disso, que eu vou me desligar mais dele"*. Desta forma, ter um filho para Ana representa a oportunidade de preencher o vazio sentido: *"é como se fosse um vazio que vai ser preenchido, então esse vazio preenchido, não precisa de mais nada, mais nada entre aspas, 'né'?"*. Assim, é através da imaginação que constrói o seu desenvolvimento futuro, idealizando a presença de um filho "*saudável, perfeito, maravilhoso*". Presença que lhe permitirá pôr em prática a arte do cuidar do outro, que refere gostar muito. Relata que quando mais nova cuidava dos irmãos mais novos e sonhava em ser enfermeira: *"eu sempre tive, assim, aquele prazer de cuidar de crianças, tanto que quando eu era adolescente eu dizia que ia fazer um curso de enfermagem, eu queria trabalhar na área do berçário... eu gostava de cuidar e tinha cuidado"*. Deste modo, Ana vislumbra que, através da maternidade, poderá realizar a expectativa pessoal que construiu para si mesma. Ou seja, res-

gatar um importante aspecto da sua própria identidade, acerca do que ela imaginou que seria, mantendo essa expectativa acerca do que será: "*vai ser prazeroso cuidar e ser mãe ao mesmo tempo*".

Assim, a despeito da experiência anterior de gestações marcadas por tantas intercorrências e que resultaram invariavelmente na morte dos bebês, da precariedade no suporte emocional/afetivo e instrumental/material oferecido tanto por familiares quanto por serviços e profissionais de saúde, pelas lembranças essencialmente negativas que relata possuir dos bebês que gerou, da dor emocional e física de perdê-los e do risco à sua própria vida inerente a esse processo – Ana almeja ainda a maternidade. O que a motiva nesse intento? A trajetória percorrida ao longo da sua história reprodutiva denuncia o desamparo no qual se encontra. Desamparo que tenta superar com o nascimento e a presença de um filho. De algo seu, de alguém que esteja sempre ao seu lado e lhe forneça, principalmente, o suporte emocional necessário para os momentos difíceis da vida. Afinal, o desamparo, a falta de suporte parecem ser o seu "vazio". Vazio que somente um filho seria capaz de preencher – conforme enunciam os significados sociais e hegemônicos acerca da maternidade.

No entanto, o caminho escolhido e percorrido por Ana a levará a mais uma experiência de sofrimento e dor. Afinal, no início do ano de 2008 engravida novamente, mas o resultado consiste em mais um aborto espontâneo aos dois meses de gestação. Após a perda, Ana volta a experienciar crises de ansiedade, o que a leva a retomar os atendimentos psicológicos. Porém, decorrido alguns meses, Ana decide realizar o sonho da maternidade através de uma trajetória alternativa: a da adoção. Decisão que a fará enfrentar novos obstáculos: não só legais, mas também familiares, devido à recusa do parceiro em aceitar adotar uma criança.

A Figura 7 ilustra os principais aspectos analisados da trajetória reprodutiva de Ana, com ênfase para as estratégias semióticas para a construção de continuidade e manutenção da posição Eu-mãe após a quarta perda gestacional.

Figura 7 – Trajetória reprodutiva de Ana

Fonte: elaboração da autora.

CAPÍTULO 5

A dialética do pertencimento *versus* solidão: travessias na fronteira simbólica do tornar-se mãe

Narrativa autobiográfica da trajetória reprodutiva de Juliana no contexto privado de saúde

> *Todas as crianças nascendo e só a minha morrendo.* (Juliana)

Juliana tem 36 anos, trabalha como médica ginecologista em uma cidade do interior da Bahia, mas é natural de Salvador. Considera-se solteira e possui história reprodutiva marcada por três gestações e três abortos sucessivos e espontâneos, ocorridos no período de um pouco mais de um ano. Relata que "*sempre quis ser mãe*", que toda "*mulher tem que ter filhos*" e que não tê-los significa "*ficar só na vida*". A perspectiva de um futuro solitário, caso não se torne mãe, foi construída através dos diálogos e de histórias narradas e vividas por outras mulheres da sua família da geração anterior à sua: "*Fui criada com essa ideia, mulher tem que ter filhos. Sem filhos, fica sozinha, sem motivação*". Ter um filho, então, lhe daria "*paz no coração*", seria o "*fim da solidão*", "*não existiria mais vazio*". Porém, apesar da vivência da maternidade consistir em algo que há muito deseja, metas profissionais fizeram-na adiar este projeto, considerado como uma etapa "*normal*", sendo pessoal e socialmente esperado na vida de qualquer mulher:

> *Na verdade, eu sempre quis ser mãe, sempre, sempre, sempre. Mas, assim, eu sempre fui postergando pra depois, até por conta da minha profissão, 'né', eu primeiro quis me formar, depois de me formar eu quis fazer a especialização, depois eu queria estabilidade financeira, acho que as mulheres nos dias de hoje, a maioria vai postergando mesmo.*

Pra mim ser mãe era uma coisa normal, todo mundo... qual é a sequência normal da vida da pessoa? Formar, casar, ter filhos. Isso é o básico, normal. Então ser mãe pra mim naquela época era normal, eu tinha formado, tinha casado, só faltava o quê, ter filho, eu só estava esperando, como eu disse, assentar as coisas, ter uma estabilidade financeira melhor, mas na minha cabeça eu ia ser mãe, e ia viver uma vida normal igual a todo mundo. O que de fato não aconteceu.

A rede de significados tecida em torno do signo e do desejo de maternidade revela-se, porém, um pouco mais complexa. Afinal, Juliana possui uma relação conflituosa com o parceiro, sendo a não maternidade um dos pontos centrais desse conflito. Isto porque o parceiro tem filhos de outros relacionamentos, sendo que um deles, o mais novo, foi gerado durante uma fase em que estavam afastados. O nascimento dessa criança foi um marco na história desse casal, que desde então vivencia conflitos que levaram a separações temporárias e recomeços também pouco duradouros. Para Juliana, o fato de uma outra mulher ter "dado" um filho ao parceiro lhe garante vantagens em termos de valor social perante esse homem e a rede social próxima. Assim, a única solução vislumbrada por Juliana era a de ter um filho com esse homem e, então, recuperar o valor simbólico que considerava possuir antes do nascimento dessa criança.

Na medida em que Juliana só conseguia vislumbrar o futuro com a existência de um filho – sendo este último uma possível solução para os problemas conjugais –, alguns esforços foram empreendidos para esse fim, como se reaproximar do parceiro durante o período fértil na tentativa de engravidar. O que, de fato, aconteceu. Três gestações seguidas de três abortos espontâneos. A história das gestações e subsequentes perdas, ocorridas no primeiro trimestre da gestação, foram acompanhadas de uma gradativa ampliação da ansiedade e do sofrimento emocional de Juliana.

A notícia da primeira gestação consistiu em um motivo de grande alegria por parte de Juliana e de seus familiares:

Quando eu soube que eu tava grávida, felicidade, pra mim e pra minha família, minha família também sempre quis, minha mãe sempre quis ter netos... a gente sempre foi criado na minha família pra poder parir, gerar, criar família, de pre-

ferência família grande, com três, quatro filhos, então quando eu me vi grávida foi uma satisfação, uma alegria muito grande, eu ia realizar o sonho meu e de minha família.

Algumas semanas depois, porém, teve um pequeno sangramento, o que levou Juliana a buscar a assistência da "sua" médica ginecologista em Salvador. Durante o exame do ultrassom, a médica constatou que a idade fetal não era compatível com o tamanho do feto, confirmando o diagnóstico de aborto espontâneo. A vivência do aborto, porém, não despertou muita preocupação por parte de Juliana, que, por ser ginecologista, considerou-o como um evento normal, passível de acontecer em uma primeira gestação: "*o primeiro eu pensei assim: 'Ah, é uma coisa normal, um aborto só, todo mundo tem, principalmente depois de você usar a pílula durante um tempo grande, os óvulos ficam tipo que envelhecidos'*".

Cerca de um mês depois do aborto, Juliana volta a engravidar, mas só tem conhecimento disto quando já estava sofrendo uma nova perda gestacional. O segundo aborto causou-lhe certo abalo emocional, "*levei um baque*", o qual tentou minimizar construindo a ideia de que esses embriões perdidos poderiam ter sido malformados. Na ocasião da perda, relata ter ligado para a "sua" médica para avisar-lhe acerca do ocorrido: *"liguei pra minha médica mesmo e contei a ela, ela: 'É, Julianinha, tem alguma coisa estranha, vamos investigar... Aí comecei a investigar, não foi uma investigação muito a fundo, fiz alguns poucos exames, mais superficiais, e aí nada, não acusou nada"*. Na medida em que nenhum fator orgânico foi identificado como uma possível causa para a perda vivenciada, médica e paciente constroem a suposição de uma causa emocional, relacionada especialmente aos conflitos com o parceiro.

A terceira gestação despertou-lhe sentimentos ambíguos de "felicidade" e "medo". O sentimento de medo esteve relacionado às lembranças das perdas anteriores (passado) e à expectativa de que uma nova perda pudesse voltar a ocorrer (futuro): "*eu já 'tava' com medo; como eu já tinha os dois abortamentos prévios, aí eu já 'tava' com medo, essa já foi uma gravidez totalmente, assim, apreensiva, 'né', eu fiquei totalmente apreensiva"*.

Juliana relata que nessa gestação conseguiu, pela primeira vez, ouvir os batimentos cardíacos do bebê através do exame do ultrassom – o que lhe fez pensar que essa gravidez poderia ter êxito:

> *Quando eu vi os batimentos da criança, foi o único das três gravidezes, foi o único que eu ouvi os batimentos, ah, é uma sensação tão gostosa... tão gostosa, você ouvir lá, tá, tá, tá, os batimentos. Depois de você ter perdido dois, você vê um ali já bem grandinho e com os batimentos, aí foi que a gente (ela e a médica) achou que ia dar certo mesmo. Aí eu me enchi de esperança, já comprei roupa, fiz um bocado de coisa que não devia ter feito, de comprar, já começar o enxoval.*

Porém, outra marca, ao mesmo tempo física e simbólica, daria fim às suas esperanças de sucesso gestacional. Afinal, na oitava semana de gestação, teve um pequeno sangramento, "*esta é uma lembrança muito cruel... uma angústia profunda*". Realizou em si mesma o exame de toque e percebeu que o sangramento era proveniente do seu útero. Entrou em contato com um amigo médico e ultrassonografista, que foi até sua casa, levando os equipamentos do ultrassom. Através desse exame, diagnosticou-se óbito fetal. Relata que entrou em "desespero" e imediatamente foi para Salvador, com um motorista e uma amiga auxiliar de enfermagem. Mas a "sua" médica confirmaria o diagnóstico, momentos depois, com a repetição do exame. Na medida em que se tratava de um aborto retido, precisou submeter-se ao procedimento chamado Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), realizado em um hospital particular. A experiência da hospitalização consiste em uma lembrança dolorosa, não só pelo procedimento médico ao qual foi submetida, mas pelo fato de ter sido internada no setor da maternidade. Relata o contraste da sua experiência de perda gestacional com o nascimento de outros bebês, cujos quartos tinham nas portas elementos simbólicos que representavam o nascimento das crianças:

> *Essa foi a pior parte, a pior parte de todas desse abortamento, dessas perdas, foi esse internamento, a frustração de você estar ali já é muito grande, de você ter perdido já a terceira criança e eles te internam numa, na maternidade, eu fiquei internada na maternidade, todas as crianças nascendo e só a minha morrendo...*

> *Então imagina, você triste porque perdeu a criança, internada numa maternidade onde você ouve um bocado de choro de criança nascendo, sem comer, sem beber e sentindo dor e sangrando... a pior parte foi essa.*

A experiência da terceira perda, deste modo, levou-lhe a um "*desespero total*". Afinal, enquanto médica sabia que se tratava de aborto de repetição, o que tornava evidente a incerteza em relação ao seu futuro reprodutivo: *"o terceiro, que foi um desespero, que foi o pior de todos, porque aí realmente confirmou que era abortamento de repetição"*.

Nos dias que se seguiram a esta perda, Juliana relata ter sentido muita tristeza, sensação de "*vazio*", de "*inutilidade*" e "*angústia*": *"a sensação é que eu nunca vou voltar a ter alegria... Eu estava fragilizada, dormia com remédios, me sentia uma morta-viva"*. A pergunta inevitável que persistia em seus pensamentos era: "*por que comigo?*". Em busca de uma resposta, que explicasse as experiências de perda no passado e minimizasse as incertezas no futuro, houve a procura por especialistas em aborto de repetição, dando início a uma vasta investigação. E, apesar dos obstáculos experienciados ao longo da sua trajetória, a expectativa de futuro continuou em direção à maternidade:

> *Eu espero engravidar [risos]...eu espero ser mãe, era tudo o que eu mais quero* ***ainda*** *[ênfase]. Assim, quando me vem a possibilidade de eu engravidar, eu lembro a dor, o desespero que eu passei nesse último aborto e isso eu não quero mais nunca na minha vida, então, vem o medo, vem o medo, o trauma que eu fiquei daquele Português [hospital], daquela maternidade, mas além, apesar disso tudo, além não, apesar desse medo, desse trauma que eu fiquei, eu ainda quero.*

As dinâmicas no âmbito do *self*: a tentativa de construir um sentido de continuidade

No decorrer da trajetória reprodutiva de Juliana, a experiência de cada perda gestacional despertou-lhe diferentes afetos, que estiveram relacionados a distintas construções de significados pessoais. Tais significados

foram construídos enquanto estratégias para produzir coesão em um *self* complexo, marcado pela experiência de sucessivas rupturas. (Abbey & Falmagne, 2008) A experiência da primeira perda gestacional ganhou sentido, deste modo, a partir da perspectiva da medicina, do conhecimento que possui, enquanto ginecologista, sobre a ocorrência relativamente frequente de aborto espontâneo em uma primeira gestação. Assim, apesar de ter vivenciado uma ruptura daquilo que era esperado ocorrer, o significado de "normalidade" atribuído a esse evento minimizou o seu impacto emocional no âmbito do *self* – criando continuidade em meio à ruptura.

A ocorrência de uma segunda perda gestacional, porém, pareceu provocar um impacto emocional um pouco mais significativo, ampliando o nível de ambivalência experienciado. Afinal, nessa situação, dois eventos inesperados ocorreram simultaneamente: a notícia da gravidez a partir da sua interrupção espontânea. Mais uma vez, então, Juliana empenhou-se em construir sentido para o evento da perda utilizando os seus conhecimentos médicos. Nesse sentido, atribuiu ao aborto espontâneo a possibilidade de uma malformação fetal. Isto é, tentou codificar o evento disruptivo em um signo do tipo ponto (Valsiner, 2012), o que a conduziu a uma seleção restrita do campo da realidade. Porém, na medida em que essa consistia em apenas uma possibilidade da qual não era possível obter certeza – visto que Juliana não realizou, por exemplo, o exame de cariótipo do feto para determinar a suposta existência de malformação –, o signo construído não conseguiu reduzir significativamente o nível de ambivalência. Deste modo, outros signos precisaram ser coconstruídos com a sua médica ginecologista, como a possibilidade de uma causa emocional – em função dos conflitos existentes com o parceiro. Nesse segundo momento, então, a experiência do aborto espontâneo foi codificada sob a categoria de descrição do tipo campo ("causa emocional") que, de certo modo, conseguiu minimizar o nível de ambivalência – por se configurar em uma orientação para meta. Ou seja, a fim de evitar um novo aborto espontâneo, Juliana precisava minimizar os conflitos interpessoais com o parceiro.

Porém, o terceiro aborto configurou-se em um episódio marcado por um elevado nível de ambivalência. A sua ocorrência abalou a frágil rede de sentidos construída anteriormente, provocando significativas repercussões para o senso do *self*. E isto ocorreu na medida em que a terceira perda gestacional enquadrou a situação dos abortos espontâneos no diagnóstico de aborto de repetição, exigindo a ressignificação das perdas anteriores. Os sentidos atribuídos anteriormente às perdas foram, deste modo, desconstruídos, perderam a consistência, e a incerteza frente ao futuro reprodutivo foi agudamente ampliada. Isto porque Juliana enquanto médica sabia que com esse diagnóstico a probabilidade de sofrer um novo aborto espontâneo era maior, bem como era mais difícil conseguir identificar as suas causas. Muitas indagações emergiram, refletindo essas incertezas: "será que eu vou ser capaz de ter filhos?", "e se eu não tiver filhos?". As dúvidas foram reforçadas pela percepção do passar do tempo sentido no seu próprio corpo, por meio do limite biológico estabelecido para a sua capacidade reprodutiva. Ou seja, Juliana construiu a ideia de que não possuía muito tempo para conseguir ter o seu próprio filho, visto que já tinha 36 anos. As repercussões de todos esses significados no campo afetivo foram de tristeza ao olhar para o passado, e medo ao tentar vislumbrar o futuro.

Além disso, determinados entendimentos e/ou identidades tidas como certas – como a expectativa pessoal e social de tornar-se mãe e as crenças centrais de controle sobre a sua própria vida ("*gosto de ter tudo sob controle*") e de capacidade para conseguir aquilo que almeja ("*tudo o que eu quis eu sempre consegui*") – foram seriamente ameaçados. Ou seja, Juliana relata ser alguém acostumada a planejar e controlar todos os aspectos da sua vida, e quando isto não foi possível – em decorrência dos abortos involuntários –, aspectos estruturantes da sua identidade foram colocados em risco. A experiência da não maternidade involuntária, deste modo, ameaçou alguns significados que atribuía a si mesma, ao mesmo tempo em que também colocou em risco o posicionamento simbólico que acreditava possuir na relação com outros significativos.

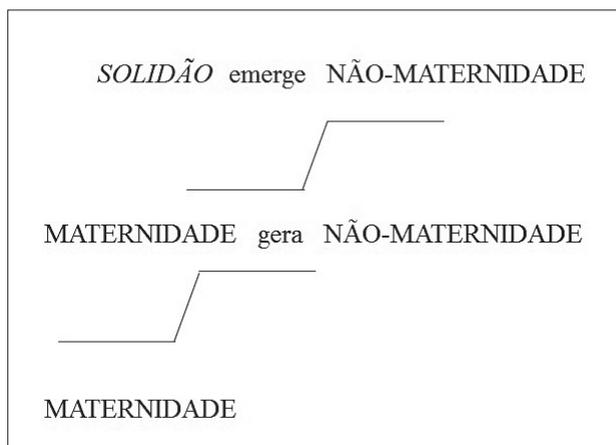
A posição do Eu-mãe é altamente valorizada por Juliana, e muitas são as razões pessoais para isto. Primeiramente, tornar-se mãe consiste em um valor simbólico-cultural mediado e transmitido transgeracionalmente por sua família. E isto ocorreu não somente através das narrativas desses outros significativos, mas também através das experiências femininas de familiares com a maternidade e com a não maternidade: "*fui criada com essa ideia: mulher tem que ter filhos. Sem filhos fica sozinha, sem motivação. Já a mãe vive em volta dos seus filhos*". Juliana relata exemplos de tias que não tiveram filhos e atualmente vivem o que ela descreve como uma vida sem propósito, "*sem motivação*". Deste modo, havia uma expectativa pessoal e social para que se tornasse mãe – uma orientação afetiva ontogeneticamente internalizada.

> [Esses] textos familiares são ideologias coletivo-culturais que orientam a escultura das realidades de interação social das pessoas em desenvolvimento ao longo de todo o seu curso de vida. Como tal, esses textos operam como signos promotores, fornecendo valor afetivo esmagador aos limites concretos que a família impõe. (Valsiner, 2012, p. 147)

Deste modo, os textos construídos pela família de Juliana circunscrevem alguns modos de agir: por um lado, excluem o não ter filhos do campo de possibilidades futuras – na medida em que o relacionam a um campo afetivo negativo, tal como a solidão – e, por outro lado, promovem o tornar-se mãe, ao atribuir a maternidade um valor afetivo altamente positivo. Assim, essas sugestões sociais configuram-se em um veículo para regular a vida pessoal de Juliana.

Partindo-se do pressuposto que toda construção de significado envolve signos de natureza dual – que consiste do núcleo A e seu contexto interdependente imediato Não-A (Cabell & Valsiner, 2011), podemos analisar a relação estabelecida por Juliana entre maternidade < > não maternidade. No decorrer da trajetória reprodutiva, orientada pela experiência afetiva de gravidez e abortos espontâneos – bem como influenciada por outros sociais significativos –, Juliana foi construindo novos signos, relacionados à contraparte "não maternidade", tais como sofrimento,

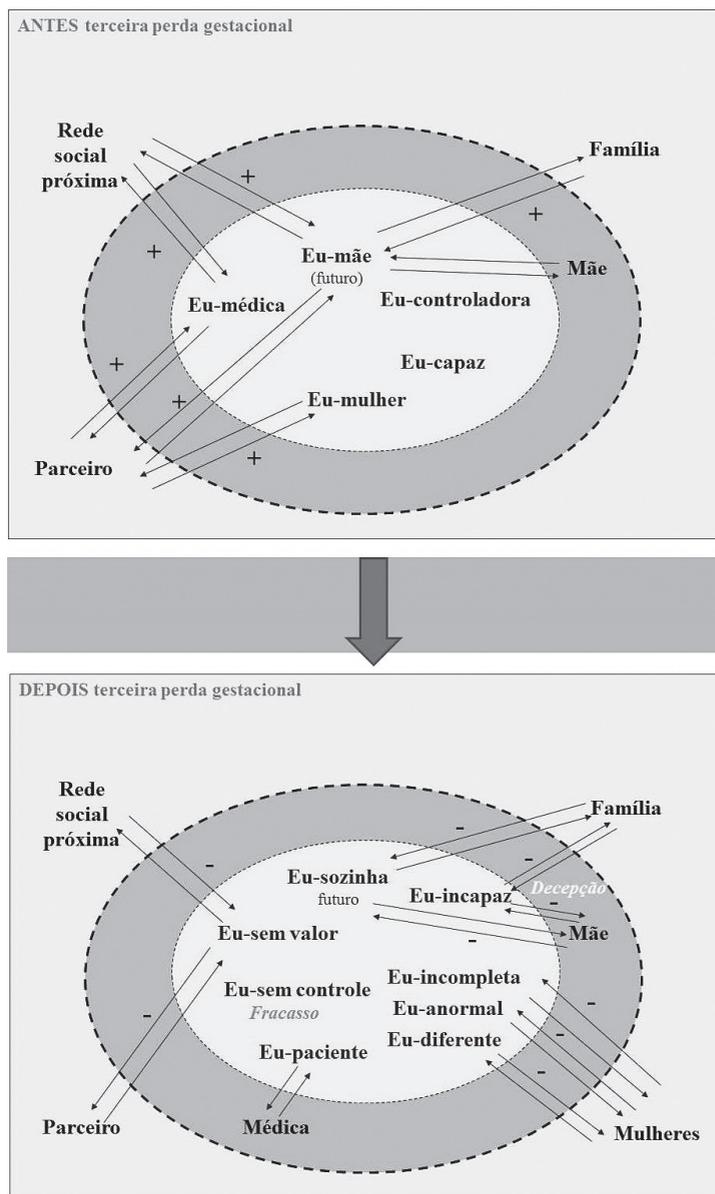
dor, fracasso, inferioridade e solidão. Para fins de ilustração, a Figura 8 representa especificamente a emergência do signo solidão – enfatizado ao longo da narrativa construída por Juliana. Pode-se dizer que a relação dinâmica interna dos significados opostos em tensão "maternidade <> não maternidade", levou em direção a construção de uma síntese dialética. Assim, do campo do signo "não maternidade" houve a emergência de um novo signo, "solidão" (ver representação na Figura 8). Isto implicou "[...] na diferenciação dos opostos dentro do mesmo todo, sua relação de contradição e, como resultado, na superação da oposição prévia pela criação de uma nova totalidade". (Cabell & Valsiner, 2011, p. 94)

Figura 8 – Signo solidão como contraparte do signo hipergeneralizado maternidade

Fonte: elaboração da autora.

Por sua vez, esses signos construídos relacionados à contraparte "não maternidade" levaram, simultaneamente, à criação de novos signos para à outra contraparte, isto é, "maternidade", que passou a ser cada vez mais valorizada, idealizada e, por conseguinte, mais almejada por Juliana. Assim, por exemplo, ter um filho passou a significar o oposto da solidão, isto é, o "preenchimento do vazio" que, por sua vez, associou-se ao signo hipergeneralizado da "felicidade".

Outra razão para seguir nessa direção consistiu no nascimento do filho do parceiro com uma outra mulher. Juliana relata que o parceiro desejava ter um filho, e ela desejava "*dar um filho*" para o parceiro. No entanto, o fato de uma outra mulher ter feito isto em seu lugar configurou-se em uma situação que Juliana não conseguiu suportar: "*não aceito, não sei lidar*", "*ela teve um filho dele e eu não*", "*se eu não tiver filhos... e essa criança... eu prefiro a morte*". Esse acontecimento despertou-lhe um senso de urgência para ter um filho e, deste modo, recuperar o valor simbólico não só perante o parceiro, mas perante a rede social próxima, como familiares e amigos: "*eu queria provar para a sociedade que eu tive um filho com ele*".

Assim, a experiência de perdas gestacionais espontâneas e o diagnóstico de aborto de repetição trouxeram implicações significativas para a sua identidade, modificando temporariamente a estrutura do *self* dialógico, através da orientação por signos (como representada na Figura 9). Isto porque Juliana passou a se sentir "diferente" das outras mulheres, consideradas "normais" – por não terem dificuldades para terem seus próprios filhos. Sentiu-se, deste modo, excluída do universo feminino – que tem a maternidade como uma das suas expressões mais significativas –, além de "incompleta" e "não realizada": "*Você se acha diferente. Você não pode... você se acha* ***a*** diferente*,* ***a*** *excluída*" (ênfase dada pela entrevistada). Juliana, então, luta para pertencer a uma determinada unidade social, classificada por ela como sendo das mulheres "normais", isto é, das mulheres férteis, que têm filhos. Conforme Valsiner (2012, p. 145), "[...] a noção de "participação" é um marcador semiótico de algum processo idealizado de pertencimento ou de não pertencimento". Assim, a participação nessa unidade social, tão almejada por Juliana, é uma ideação pessoal, apoiada por interações sociais concretas entre as pessoas: "*Gostaria de ser igual a todo mundo*".

Figura 9 – Mudanças nas posições do Eu ao longo da trajetória reprodutiva

Fonte: elaboração da autora.

A “incapacidade para ser mãe” é considerada, então, como uma “decepção” para consigo mesma e para os familiares. Além disso, essa experiência abalou a crença pessoal de que possui o controle sobre a sua própria vida, fazendo emergir uma sentimento de “fracasso” e de perda de controle. Deste modo, não só a posição Eu-mãe, futura e potencial, é ameaçada com a experiência dos abortos, mas também o Eu-mulher. Tais eventos disruptivos, assim, exigem processos de reposicionamento do *self* e solicitam novas aquisições, entendimentos e redefinições pessoais. (Zittoun, 2004) Nesse sentido, os significados pessoais acerca da maternidade são modificados no fluxo do tempo e adquirem valor, indo além do mero cumprimento do papel de gênero ou das expectativas sociais:

> *Eu passei a dar mais importância, porque... a gente só dá valor àquilo que a gente perde, a maioria das pessoas é assim, então,... eu achava que ser mãe era uma coisa normal, hoje eu já acho que ser mãe é a melhor coisa do mundo. Já que eu não posso ter, então... eu passei a valorizar muito mais, tanto que eu acho que se eu tiver, eu vou valorizar mais do que as outras pessoas, porque pra mim, ele veio, vai vir com mais dificuldade.*

O uso de recursos simbólicos e agência pessoal

A fim de restabelecer um senso de continuidade no *self*, Juliana direcionou todos os seus esforços para conseguir obter êxito gestacional. Afinal, acreditava que tornar-se mãe lhe possibilitaria resgatar aspectos centrais da sua identidade – como ter controle sobre a sua própria vida –, satisfazer as demandas sociais implícitas nos textos familiares e recuperar o valor simbólico diante de outros sociais significativos. E para auxiliá-la nesse propósito contou com o apoio de familiares – especialmente sua mãe, que a incentivava a persistir na tentativa de ter um filho:

> *Quem participa mais de tudo é minha mãe, ‘né’? Minha mãe ‘tá’ muito, muito desesperada, porque quando filho sofre, a mãe sofre junto, ‘né’? Então ela fica tentando: “Não, não tem nada não, você vai engravidar e se não engravidar é porque Deus quis”, essas coisas que todo mundo fala... mas ela acha que eu tenho que*

tentar ...Tratamento... ela acha o que eu falei aqui agora, que se eu engravidar é pra eu tentar de tudo. Ela acha que eu vou engravidar ainda...

A rede de apoio social consistiu, assim, em um recurso simbólico fundamental para a autorregulação e organização do *self* após a experiência dos eventos disruptivos:

'Affê' Maria, se não fosse isso, ninguém passa por isso sozinha, na verdade eu, o que mais me manteve assim, tentando, tentando levar pra frente, 'né', foi justamente o apoio de minha mãe, e dela também, 'né'. Sozinha ninguém passa por isso não, tem que ter, tem que vir algum apoio.

Por sua vez, a busca por médicos especialistas consistiu em outro importante recurso utilizado por Juliana na tentativa de minimizar o elevado nível de ambivalência e aplacar as incertezas frente ao futuro reprodutivo. Relata que o que mais desejava era conseguir identificar algum fator responsável pelas perdas, passível de tratamento, para que então pudesse engravidar sem o medo avassalador de sofrer uma nova perda. A realização dos mais variados exames médicos, deste modo, apresentou a função de dar-lhe respostas, reduzindo a incerteza e as tensões que uma próxima gravidez poderia despertar. Deste modo, todos os exames solicitados pelo médico especialista foram realizados, mesmo aqueles que não eram cobertos por seu plano de saúde:

Na medida em que você investiga, você vai tentar achar uma causa pra poder tratar e aí ter o filho. Na minha cabeça assim, eu queria saber por que, primeiro pra você ter uma certeza, todo mundo que tem uma coisa, quer saber o porquê dessa coisa, então eu queria descobrir, se eu não posso ter filho, por que que eu não posso ter um filho, em primeiro lugar isso. Em segundo lugar, principalmente pra descobrir porque pra poder tratar, você não pode tratar sem descobrir o que é.

Porém, ao realizar os muitos exames solicitados pelo médico especialista, não obteve respostas definitivas, mas somente a identificação de alguns fatores que poderiam estar relacionados com as perdas experienciadas: "*mas é tudo assim, uma possibilidade, a gente não tem certeza*". Na busca por certezas, Juliana recorreu a outros especialistas e realizou ou-

tros exames. Porém, a incerteza ressurgiu através das divergências entre os discursos dos especialistas sobre as causas e os possíveis tratamentos para o aborto de repetição. Novamente, o nível de ambivalência foi intensificado. Com o propósito de minimizá-lo, para então, planejar uma nova gravidez, Juliana recorreu à estratégia de bricolagem de significados, reunindo a miríade de possibilidades de tratamento sugerida pelos médicos especialistas, com o objetivo de cobrir todas as possíveis causas dos abortos espontâneos e, deste modo, evitar uma nova perda. Evidencia-se, então, o esforço de Juliana em construir alguma "certeza" para o futuro reprodutivo, reduzindo a ambivalência no momento presente:

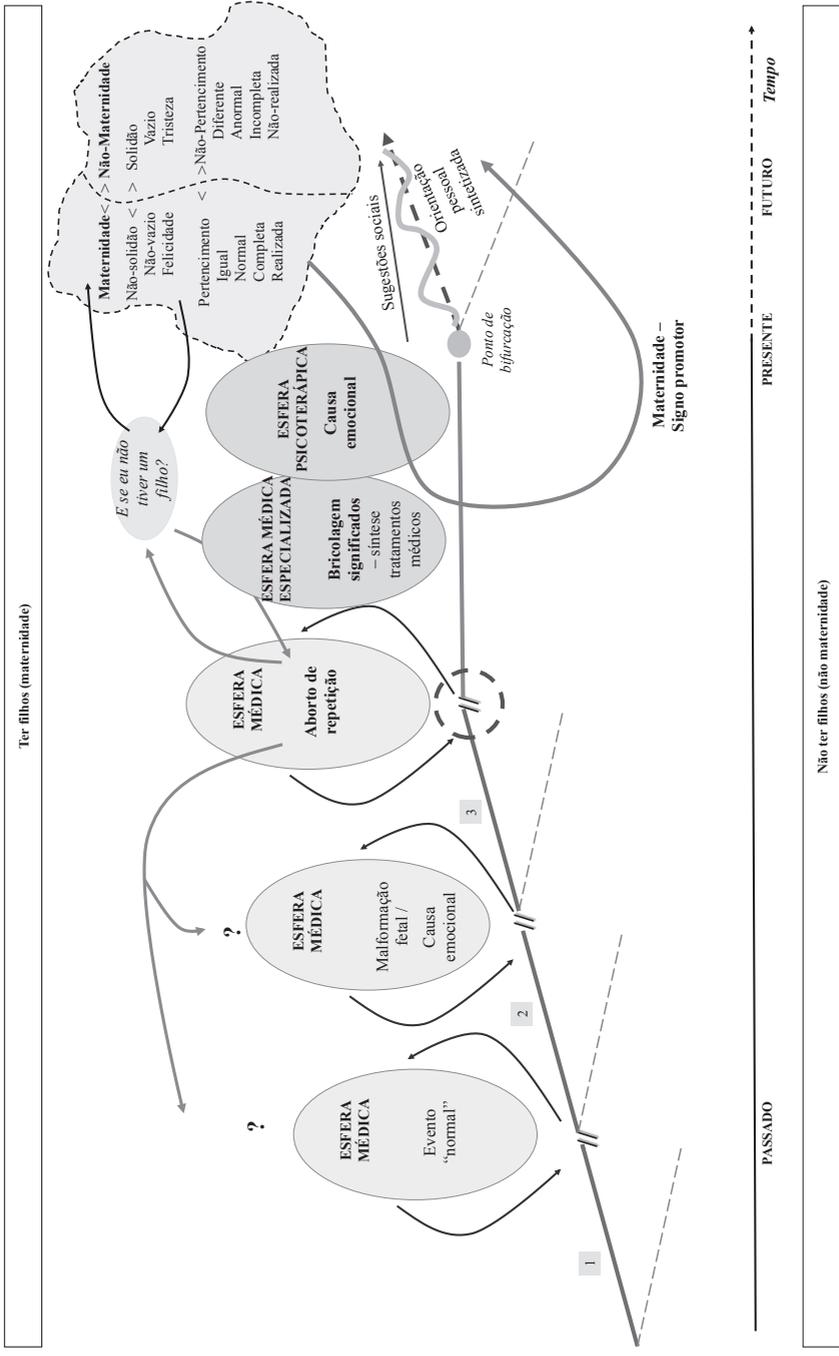
> *Vou continuar investigando. Agora, se eu engravidar de novo, ele (médico especialista A) não quer que eu engravide não, de novo, nem Dr. M. (médico especialista B), nenhum dos dois me liberou ainda, mas eu acho que se eu engravidar de novo eu vou usar a heparina, aspirina, tudo aí pra tentar...se ninguém sabe? Um médico diz uma coisa, o outro médico diz outra coisa, aí, não sei...*

Além disso, na medida em que uma das possíveis causas dos abortos podia ser de ordem emocional, em decorrência dos conflitos com o parceiro, Juliana deu início a um processo psicoterapêutico. Deste modo, através das suas ações e pensamentos, Juliana buscou retomar o controle sobre a sua própria vida, atuando como um agente ativo, que se apropria, resiste, transforma e modula os diferentes discursos sociais e recursos simbólicos disponíveis (Abbey & Falmagne, 2008), persistindo na direção da maternidade.

Juliana voltou a engravidar novamente, alguns meses depois da realização da entrevista. Apesar do planejamento prévio em submeter-se a todos os tratamentos médicos possíveis – a fim de evitar a repetição de um aborto espontâneo –, a gravidez só foi percebida quando já havia passado o período considerado crítico pela medicina para a ocorrência de abortos espontâneos. Para esse fato, Juliana construiu o significado de "providência divina". Ou seja, acredita que "Deus" concedeu-lhe o não saber da gravidez, uma condição na qual não houve a tensão entre a "certeza" e a "incerteza", logo, não houve a emergência da ambivalência.

Durante a gravidez, tentou circunscrever o campo afetivo relacionado ao processo do tornar-se mãe: "*você não tem noção do que é felicidade*". Assim, em vez de tentar algum tratamento médico, deu apenas continuidade ao acompanhamento psicológico que já vinha realizando desde a última perda gestacional. E a quarta gestação resultou no nascimento de um bebê a termo: "*A vida toda desejei isso. 37 anos esperando isso, meu sonho realizado... Hoje eu sinto que consegui*".

A Figura 10 ilustra os principais aspectos analisados da trajetória reprodutiva de Juliana, com ênfase para as estratégias semióticas para a construção de continuidade e manutenção da posição Eu-mãe após a terceira perda gestacional.

Figura 10 – Trajetória reprodutiva de Juliana

Fonte: elaboração da autora.

CAPÍTULO 6

Posição promotora de campos afetivos hipergeneralizados: a manutenção da maternidade como possibilidade futura

Narrativa autobiográfica da trajetória reprodutiva de Eduarda no contexto privado de saúde

O sonho acaba... de repente tudo acaba (Eduarda).

Eduarda possui trajetória reprodutiva marcada por sete gestações e seis abortos espontâneos – ocorridos no período de cinco a nove semanas de gestação. No momento em que foi realizada a entrevista encontrava-se grávida de cinco semanas. Em sua narrativa relata que a primeira gravidez havia sido planejada pelo casal para acontecer quando estivessem com três anos de casados, a fim de que pudessem "*curtir a vida a dois antes de aumentar a família*". E assim, quando estavam com três anos de casados, resolveram dar início às tentativas de gestação, após a realização de alguns exames médicos para atestar a saúde reprodutiva do casal. Com os resultados dos exames favoráveis à concepção, concluíram ter chegado o momento propício para ter um filho: "*Sempre tinha aquela expectativa de que tudo ia fluir, de que tudo ia dar certo*". Para Eduarda, um filho viria para "somar", para "completar a família".

A primeira gestação não tardou a acontecer, seis meses depois da suspensão do contraceptivo constatou que estava grávida. Porém, a gestação foi precocemente interrompida nas sete primeiras semanas. Eduarda relata que a médica que a acompanhava lhe havia explicado que a gestação poderia não evoluir devido a um cisto que possuía em um dos ovários. O aborto espontâneo foi diagnosticado em um exame de ultrassonografia de rotina, parte do acompanhamento pré-natal que realizava. Na medida

em que o aborto ficou retido, precisou ser submetida ao procedimento médico da curetagem uterina:

> *Foi muito difícil, tanto que a gente, ninguém esperava, eu 'tava' sozinha no dia, a gente não esperava. Aí pronto, teve que fazer a remoção do cisto, eu tive que me internar, porque eu não perdi com sangramento, aí pronto.*

Após o enfrentamento dessa difícil situação, permeada por muito sofrimento, o casal voltou a engravidar novamente. Seguindo a orientação médica para que aguardasse seis meses antes de uma nova tentativa de gravidez, o casal estava confiante em relação à próxima gestação: "*a gente nunca pensou: 'ah, será que vai perder de novo?', não*". Contraditoriamente, Eduarda relata que durante o primeiro exame de ultrassonografia não se sentiu muito bem, e acredita que isto ocorreu devido ao receio de que uma nova perda voltasse a acontecer: "*Eu 'tava' acho que um pouco de receio, de passar pelo que tinha passado primeiro, acho que eu 'tava' com um pouco de receio... Na verdade os meus ultrassons sempre foram muito difíceis por causa desse histórico*". Por este motivo, solicitou a companhia do marido. O exame realizado revelaria a ocorrência de mais um aborto espontâneo marcado mais uma vez por muito sofrimento, por procedimentos médicos para a retirada do aborto retido e pela necessidade do internamento hospitalar:

> *Quando fez o ultrassom tinha perdido de novo, o neném já não 'tava', já não tinha mais batimentos cardíacos, aí dessa vez não deu nem tempo de ver o bebê com batimentos cardíacos, entendeu, ver direitinho, aí pronto, aí, tivemos que nos internar de novo... aí foi todo aquele procedimento, fazer curetagem, não sei o que, aí chorava, 'né', sentia...*

Durante esse período, Eduarda e o marido contaram com uma ampla e importante rede de apoio composta por familiares, amigos e irmãos da igreja evangélica que frequentavam e isto os ajudou a "superar" as difíceis circunstâncias. Além disso, Eduarda relata ter buscado apoio de Deus, através da oração, "*refugiando-se em seu colo*" e estabelecendo com Ele um diálogo:

Eu pedi a Deus que tranquilizasse o meu coração pra eu viver o tempo dele e se eu tivesse que esperar, que ele iria me dar forças pra esperar, que as coisas nem sempre acontecem como a gente quer, 'né', e a gente tem que estar aberto para isso, 'né', então isso aí me ajudou muito...

Novamente aguardaram o tempo recomendado pelos médicos para voltar a engravidar, mas desta vez, a gestação "demoraria" cerca de três anos para acontecer. Eduarda acredita que, nos primeiros meses, o elevado nível de ansiedade experienciado por ela e relacionado à vontade de engravidar o mais breve possível consistiu, até certo ponto, no motivo para a sua dificuldade para engravidar:

Pelo sentido de querer estar grávida, pelo desejo de querer estar grávida, aí, ficava contando todo dia, 'né', qual dia eu 'tava' no ciclo, se um dia a menstruação atrasasse eu já queria fazer o exame, e ficava procurando, é, sintomas, entendeu, de gravidez, e isso realmente atrapalhou muito. Eu reconheço que no primeiro ano, por volta de um ano e meio, foi realmente ansiedade que atrapalhou de acontecer uma nova gravidez.

Com o foco principal da sua vida direcionado para o objetivo de engravidar, Eduarda acredita ter até mesmo experienciado uma gestação de cunho psicológico, na medida em que sentiu alguns sintomas de gravidez, como enjoos, apesar de não estar grávida. A partir desses acontecimentos e de uma autorreflexão sobre eles, Eduarda tomou a decisão de tentar reduzir o nível de ansiedade experienciado, tentando mudar, temporariamente, o foco da maternidade para outras atividades: "*quando eu vi que essas coisas estavam acontecendo, eu falei assim: 'Não, eu não posso permitir que isso aconteça, eu tenho que mudar, eu tenho que me tranquilizar, tenho que... tirar um pouquinho isso do foco'*". Assim, procurou envolver-se em outras atividades na igreja que frequentava, no trabalho, e em casa. Também recorreu a Deus, através de suas orações: "*fui buscando isso diante de Deus, 'né', essa tranquilidade, essa paz, de estar esperando e aí, graças a Deus, nesse período, no final desses três anos, eu já estava me sentindo bem melhor*".

Durante esse período de três anos, o casal realizou alguns procedimentos médicos na tentativa de conseguir engravidar, como induções de ovulação e ultrassons seriados,[2] bem como a realização de alguns exames na tentativa de identificar a causa da suposta infertilidade. Como os resultados desses exames não identificaram qualquer alteração, Eduarda concluiu que só bastava esperar e orar a Deus para conseguir engravidar. Assim, em uma ocasião em que estava na igreja, teve uma experiência de cura ou intervenção espiritual, na qual o seu ventre foi "*tocado por um anjo*". Quinze dias depois recebeu o resultado positivo para uma nova gravidez. Apesar da expectativa de que a gestação seria bem-sucedida – devido à experiência de intervenção divina –, um novo aborto espontâneo voltou a acontecer após algumas semanas.

Pouco tempo depois, Eduarda engravidou novamente. Porém, em algumas semanas um novo aborto espontâneo voltou a ocorrer. Nesse momento, então, o médico ginecologista que a acompanhava indicou-lhe um médico especialista no tratamento de casais com diagnóstico de abortamento de repetição. Eduarda e o esposo, assim, buscaram esse médico, realizando todos os muitos exames por ele solicitados. Através desses exames, houve a identificação de algumas alterações Autoimunes[3] e Aloimunes,[4] bem como a prescrição e a realização de um tratamento,

2 O ultrassom seriado refere-se ao exame da ultrassonografia realizada em série, isto é, repetidas vezes com o intuito de acompanhar e identificar o momento em que a ovulação vai ocorrer para o coito programado.

3 Fatores Autoimunes: referem-se à "falha em uma parte do sistema imunológico, chamada autotolerância, que resulta em respostas imunes contra as células e tecidos do próprio organismo, geralmente através de produção de autoanticorpos" – que podem prejudicar a implantação embrionária. (Cavalcante & Barini, 2009, p. 13)

4 Fatores Aloimunes: referem-se aos mecanismos responsáveis pela aceitação ou rejeição entre os indivíduos – ou parte deles – em interação. No caso de uma gravidez normal, assim, o embrião envia mensagens ao sistema imune da mulher, alertando que está ocorrendo uma implantação. Quando as células do sistema imune materno, presentes na cavidade do útero (endométrio) recebem esse sinal, elas promovem uma resposta protetora, estabelecendo um ambiente favorável ao desenvolvimento do concepto. Para alguns casais, porém, a resposta imunológica de aceitação do concepto não ocorre desta forma. O embrião não consegue enviar, adequadamente, a mensagem ao sistema imune materno. As células de defesa localizadas no endométrio reconhecem o embrião como um ser estranho e

porém, sem sucesso. Isto porque, mesmo após a intervenção médica, Eduarda voltou a experienciar mais outros dois abortos espontâneos.

Os procedimentos médicos após os abortos consistiram em um dos momentos mais difíceis para Eduarda. E foram muitas as razões apontadas por ela: a experiência de dor física como resultado da indução medicamentosa da expulsão dos restos fetais; a percepção de ameaça à sua integridade física pelo uso de anestesia geral; o sofrimento emocional experienciado por ela e por sua família em decorrência da perda e a frustração da rede social ao receber a notícia da interrupção prematura da gestação:

> *É muito complicado, porque... a gente tem que tomar aqueles remédios,... aí ter que ficar esperando as contrações, 'né', o período certo do remédio agir, abrir o colo do útero, 'né', então, é muito dolorido. Aí o meu esposo trabalha de turno e aí paga um preço alto pra estar ali comigo, entendeu, me acompanhando, minha família sofre, eu sofro, 'né', aí tem que entrar pra sala de cirurgia, tomar aquela anestesia geral, então isso é tudo muito complicado, muito dolorido. E aí... você voltar, dizer pra todo mundo: 'Ah, perdi',... aí se afasta do trabalho, fica em casa, então assim, tudo é muito chato, aí tudo volta, tudo, o sonho acaba,... aí de repente tudo acaba, então isso é muito dolorido, isso dói muito.*

Eduarda relata possuir uma ampla rede de apoio social, incluindo o esposo, vários membros da família extensiva – como mãe, pai, irmã, cunhado –, além de amigos e irmãos da igreja, que lhe ofereceram um suporte emocional percebido como adequado, ao longo de toda a sua trajetória reprodutiva. Isto porque houve o reconhecimento da perda experienciada, bem como a legitimação do seu sofrimento em decorrência destas:

> *...A presença deles, nunca me deixaram só, em momento algum, enchem a minha casa, e aí conversam, me dão colo, respeitam o meu momento, entendeu, não tem essa coisa de dizer: 'Ah, não chora, Deus vai te dar outro', não, não ouço nada disso, eles respeitam o meu momento de dor, entendeu, choram junto comigo, tanto que as vezes que eu fico no Jorge Valente, quando a família chega*

inicia uma resposta de destruição, não permitindo a invasão uterina, sendo um ambiente desfavorável ao desenvolvimento do concepto. (Cavalcante & Barini, 2009)

> *pra me ver, os médicos ficam às vezes até assustados, aquele batalhão de gente na clínica para me ver* [relata esse episódio com uma entonação de alegria]*, mas eu gosto assim, eu prefiro assim, se eu ficasse só teria sido muito pior.*

Assim, após a vivência de seis abortos espontâneos, Eduarda volta a engravidar novamente, tendo sido este o momento em que a entrevista foi realizada. No momento da confirmação da gravidez, a antecipação da possibilidade de estar novamente grávida (orientação para o futuro) a remeteu à sua história prévia de abortamentos (memórias, passado), fazendo emergir sentimentos altamente ambivalentes entre o querer e o não querer estar grávida naquele momento:

> *Eu 'tava' muito mal, 'tava' muito mal, chorava ...chorava e chorava e chorava com medo de confirmar a gravidez, e ficar com os mesmos medos, 'né', as mesmas preocupações, a ultrassom, não sei o que... Na verdade era um querer a gravidez e na verdade um querer prorrogar, 'né', aquele momento, entendeu, é como se eu não me sentisse ainda preparada pra estar grávida de novo... Eu acho que sentimentalmente, emocionalmente eu acho que eu ainda não tava preparada pra engravidar de novo.*

Além dos sentimentos ambivalentes em relação à gravidez, que foi confirmada naquele momento, outro evento contingencial ocorrido no mesmo dia – a perda de uma pessoa significativa (sua avó paterna) – representaria mais uma ruptura em seus planos relacionados à maternidade. Afinal, a avó consistia em uma das pessoas da sua rede familiar/afetiva que nutria expectativas em relação a esse filho. Eduarda relata que pedia a Deus, através das suas orações, para que sua avó pudesse ver o nascimento do seu filho. Porém, não houve tempo nem mesmo para lhe dar a notícia da gravidez:

> *A minha avó era uma pessoa que esperava muito..., ela sempre dizia: 'Oh, minha filha, será que vai dar tempo de eu ver o seu neném?', falava: 'Será que vai dar tempo, eu queria tanto ver esse bebê?' e eu orava, pedia muito a Deus que guardasse a vida dela, pra que desse tempo, e toda vez que eu engravidava ela se alegrava, toda vez que eu perdia, ela sofria junto com a gente, entendeu, e aí quando eu vi que eu tinha acabado de descobrir que eu 'tava' grávida e ela tinha acabado de falecer, não deu nem tempo, 'né', de conversar com ela...*

Apesar deste momento difícil, Eduarda relata ter tentado conter-se emocionalmente, bem como cuidar-se fisicamente – como alimentar-se bem e descansar – a fim de não prejudicar a gestação em desenvolvimento. E, apesar do intenso medo de que um aborto ocorra novamente, relata estar tentando não antecipar o futuro, mas viver o momento presente: "*a alegria de estar grávida hoje, sem me preocupar com o amanhã*". Para esta gestação, outros tratamentos foram sugeridos ao casal pelo médico especialista, como o uso de imunoglobulina humana endovenosa[5] – um tratamento que possui um elevado custo, mas que está sendo pleiteado pelo casal na Fundação de Hematologia da Bahia (Hemoba).

Mediação semiótica: estratégias para construção de continuidade

A trajetória reprodutiva de Eduarda, marcada pela recorrência de abortos espontâneos, revela a experiência de importantes rupturas que ameaçam o seu senso de continuidade. Isto é, ameaçam seu senso de identidade (acerca de quem ela era, quem ela é, e o que ela será), exigindo esforços a fim de forjar um senso de continuidade através das transições, bem como construir um senso de integridade ou consistência entre seus valores e ações ao longo do tempo. (Zittoun & Grossen, 2012) A disrupção no sentido do *self* demanda, assim, novos movimentos subjetivos de reconstrução do si mesmo.

Com o propósito de entender os mecanismos de reconfiguração do sistema do *self* – acionados nos momentos subsequentes à ruptura no fluxo da experiência –, foi realizada uma análise dos processos de emergência e mediação semiótica que ocorreram no espaço imaginário do *self* e foram expressos, de algum modo, através da sua narrativa autobiográfica.

5 Imunoglobulina Humana Intravenosa: é um tratamento indicado para pacientes com hiperatividade das células de defesa do endométrio (denominadas células *Natural Killer* – NK) e história de abortos repetidos. Consiste em um hemoderivado preparado a partir de sangue de vários doadores. Um fator limitante em seu uso é o custo elevado. (Cavalcante & Barini, 2009)

No processo de emergência e mediação semiótica, as pessoas criam e usam signos como um esforço para se relacionar ativamente com o mundo, isto é, para estar preparado para o que está para acontecer ou fazer acontecer. Em cada representação por um signo há uma apresentação, uma sugestão para o futuro – havendo, assim, a construção de uma ponte entre passado e presente para um sentido de futuro possível. Deste modo, em um contexto de incertezas, as pessoas criam signos a fim de construir estabilidade, processo sempre necessariamente dinâmico. (Abbey & Valsiner, 2004; Valsiner, 2005, 2012)

Deste modo, ao longo da sua trajetória reprodutiva, Eduarda buscou construir signos relativamente estáveis que reduzissem o alto nível de ambivalência desencadeado pela experiência de abortos espontâneos – com o propósito de produzir alguma coesão, alguma estabilidade em seu *self* complexo. Assim, a partir da experiência do primeiro aborto, Eduarda se apropria do signo "cisto" oferecido pelo âmbito médico, como uma possível causa para a ocorrência da perda. No entanto, a fragilidade desse signo tornou-se evidente diante da ambivalência experienciada na sua segunda gestação, na qual seus sentimentos oscilaram entre a alegria e o medo. A ocorrência de um segundo aborto, deste modo, veio confirmar a insustentabilidade desse signo frágil. (Abbey & Valsiner, 2004) É possível, então, que os elevados níveis de ambivalência e tensão subsequentes a esse evento tenham implicado no que foi percebido por Eduarda como uma "demora" para engravidar novamente. Esta percepção a conduziu a coconstruir com outros significativos alguns significados que explicassem essa "demora". Um desses significados consistiu no nível aumentado de ansiedade, o que a orientou a mudar alguns comportamentos (por exemplo, tentar mudar o foco da sua atenção da maternidade para a vida profissional, a fim de reduzir a ansiedade).

Após três anos sem conseguir engravidar, Eduarda foi surpreendida por uma experiência significativa na sua trajetória, que consistiu no evento de cura ou intervenção divina. Nesta, uma irmã da igreja relata ter visto um anjo tocando o seu ventre. A partir desse evento, a ambivalência pôde ser reduzida, ampliando a expectativa de uma gestação bem-sucedida – futuro subjetivamente antecipado em decorrência do processo de

mediação semiótica. Em outras palavras, a experiência religiosa de cura possibilitou a construção de dispositivos semióticos que, embora imprecisos, atenderam à tarefa de reduzir a incerteza que Eduarda enfrentava na situação presente. Quinze dias depois dessa experiência, Eduarda soube que estava grávida. Porém, o signo construído a partir da imagem de um "anjo tocando o seu ventre" foi fortemente abalado pela ocorrência de mais um aborto espontâneo. O questionamento do signo, entretanto, ocorreu apenas no nível do significado. O autodiálogo de Eduarda ilustra a decadência do significado atribuído ao signo construído e a ampliação do nível de ambivalência: *"eu não entendi, eu disse: 'Meu Deus, a irmã viu um anjo tocar o meu ventre, a gravidez confirmou depois de quinze dias... por que meu Deus?', aí fiquei sem entender"*. A fim de integrar essa experiência disruptiva e minimizar o nível de ambivalência, Eduarda reforçou o signo atribuindo-lhe ou dando ênfase a outro significado. Ou seja, em vez de o signo da imagem do anjo tocando o seu ventre estar relacionado à superação dos abortos espontâneos, ele foi relacionado à superação da dificuldade para engravidar. Em outras palavras, a experiência de intervenção divina resultou no fim de uma suposta condição de infertilidade: "*mas aí eu vi que depois dessa ocasião eu não parei mais de engravidar... graças a Deus a gente não teve mais dificuldade de engravidar"*. Conforme afirma Valsiner (2012), o grande poder da linguagem humana, ao guiar a construção de significados, está exatamente na imprecisão desses significados que são construídos pelas pessoas em situações incertas, ampliando as possibilidades de assegurar coerência, reduzir incerteza e garantir continuidade ao longo das trajetórias de desenvolvimento.

Outra experiência significativa em sua trajetória reprodutiva consistiu na realização de um tratamento médico especializado em aborto de repetição. A realização dos muitos exames consistiu em um período difícil para Eduarda, por seu elevado custo, mas, ao mesmo tempo, na oportunidade de identificar, nomear os possíveis fatores relacionados aos abortos de repetição e, com efeito, realizar algum tratamento para impedir novas perdas. A possibilidade de nomear uma experiência afetiva distancia a pessoa daquela experiência, capacitando o *self* para agir sobre si mesmo e sobre a situação (Gillespie, 2007):

Se não tinha uma explicação pra nossa situação, então eu acho que toda a possibilidade tem que ser estudada, tem que ser avaliada, entendeu. E aí quando eu e o meu esposo viemos aqui, a gente, 'né', 'ficamos' felizes com o Dr. M. porque ele tapa todas as brechas, assim, todas as possibilidades que podem levar você a perder um bebê... a gente está... no mesmo objetivo, na mesma intenção, que é realmente cuidar de tudo, tapar todas as brechas que a gente puder, pra não perder de novo.

O campo médico, assim, forneceu-lhe alguns signos relacionados aos abortos espontâneos, que consistiram em alterações autoimunes e aloimunes. A partir disso, o casal deu início ao tratamento denominado Imunização com Linfócitos Paternos.[6] Apesar do tratamento realizado, Eduarda voltou a sofrer outros dois abortos espontâneos, aumentando novamente o nível da ambivalência experienciada: *"só que aí, mesmo depois do tratamento, eu perdi... o quinto bebê, foi a quinta gravidez, com tratamento direitinho, fizemos a vacina, tomávamos o remédio direitinho, e aí a gente ficou sem entender"*. Mais uma vez, o questionamento do signo ocorreu no nível do significado. Assim, com o propósito de minimizar o alto nível de ambivalência suscitado pela ineficácia do tratamento médico, Eduarda relativizou o significado do signo "tratamento médico especializado", construindo o significado de prolongamento da vida do feto: "*ele [o feto] chegou até nove semanas, foi o que mais, foi o único que foi até nove semanas, porque o outro foi até sete, oito, ele foi até nove semanas*".

Porém, apesar desse movimento de emergência e mediação semióticas – a fim de minimizar as tensões, as ambivalências, mantendo certa estabilidade – outras vozes, de outros significativos, colocaram em questão essa rede frágil de significados construída por Eduarda. Conforme Valsiner (2012), os mundos pessoal-culturais estão constantemente sujeitos à entrada de sugestões sociais heterogêneas, frequentemente con-

6 Imunização com linfócitos paternos: é um tratamento imunológico para casais com abortos recorrentes de causa aloimune (*crossmatch* negativo). O objetivo do tratamento é preparar o sistema imune materno para reconhecer o embrião no momento da nidação. Para isso, são realizadas imunizações intradérmicas preparadas a partir de sangue do parceiro. (Cavalcante & Barini, 2009)

traditórias ou ambivalentes. Nesse sentido, o esposo expressa ideias de desistência em relação a dar continuidade à tentativa de terem um filho, que é entendida por Eduarda como um "problema" dele: *"eu acho que eu consigo superar melhor do que ele, porque ele já teve assim ideias de desistência, entendeu, pensamentos negativos em relação a toda essa nossa luta, toda essa busca, eu graças a Deus nunca tive esse problema, não"*.

Além disso, outras pessoas vêm questionando a eficácia do tratamento médico realizado, na medida em que apesar do tratamento outros abortos espontâneos ocorreram. Deste modo, essas vozes apontam para determinadas incongruências, para a fragilidade dos signos construídos. E isto gerou certo incômodo para Eduarda, suscitando nova ampliação da ambivalência. Diante dessas tensões, Eduarda recorreu a algumas estratégias semióticas e dialógicas a fim de minimizar as ambivalências que elas provocavam: primeiro, essas vozes foram desqualificadas no interior do *self*: *"[essas pessoas] são coleguinhas sem muita intimidade, pessoas que eu não tenho muita intimidade, mas que 'tão' perto de mim..."*. Logo em seguida, planejou através do diálogo ocorrido no interior do *self*, uma ação futura com o intuito de silenciá-las, desqualificando o conteúdo expresso por essas vozes: *"eu falei assim, eu vou me posicionar melhor em relação a essas pessoas, não vou permitir que elas fiquem falando, que elas fiquem especulando isso não, entendeu? Que conhecimento tem pra ficar falando sobre as coisas?"*.

Um dos questionamentos realizados por esses outros consistiu em: por que não descontinuar o tratamento médico, que já se mostrou ineficaz, e confiar unicamente na providência divina? A partir dessa indagação, Eduarda realizou o movimento de tentar conciliar esses dois campos de signos hipergeneralizados (Valsiner, 2012) que, muitas vezes, operam em lados opostos. Esforçou-se, assim, por encontrar uma articulação entre as várias "esferas da experiência" (Zittoun & Grossen, 2012), em realizar um processo de síntese pessoal-cultural com o propósito de manutenção do senso de continuidade do *self*:

> *Eu penso assim, Deus é que deu sabedoria ao homem, ele que criou a ciência, entendeu, infelizmente é a gente que usa a ciência pro lado negativo, 'né', faz dela*

pra fazer coisas que acaba destruindo a si próprio, entendeu, mas, assim, se ela é bem usada, ***a fé e a ciência podem andar juntas muito bem****, sem uma agredir a outra, entendeu,* ***porque tudo vem de Deus, tudo foi Deus que criou*** *[fala de modo enfático esse trecho].*

O mesmo movimento de síntese semiótica entre as esferas religiosa e médica é realizado na construção de significados acerca da etiologia dos abortos de repetição.

Eu acredito nesses exames que o Dr. M. fez, da prova cruzada,... que é o crossmatch... Eu acho que... seja isso mesmo essa questão dos fatores, 'né', auto e aloimune... Mas, espiritualmente falando, eu penso que seja permissão de Deus mesmo, que tem o tempo certo pra acontecer.

Assim, Eduarda segue negociando sua orientação para determinadas dimensões da experiência futura, em processos contínuos de posicionamento e reposicionamento diante do Outro.

As dinâmicas no âmbito do *self*: processos dialógicos envolvidos na autorregulação semiótica

No espaço imaginário do *self*, duas posições do Eu se destacaram ao longo da trajetória reprodutiva de Eduarda, compondo um campo que envolveu a construção de hierarquias: a posição dominante Eu-religiosa (em seu diálogo constante com Deus) e a posição relevante, porém subordinada à primeira, Eu-paciente (em diálogo com o médico especialista). Ambas dão sustentação à outra posição do Eu central no sistema do *self*: o Eu-mãe.

Vale ressaltar que apesar da existência de algumas tensões na relação com outros significativos, como descrito anteriormente, muitas foram as forças favoráveis à persistência de Eduarda em tornar-se mãe. Afinal, ela encontrou reconhecimento e suporte em outros sociais culturalmente valorizados, na esfera religiosa e médica bem como na esfera familiar. Essas sugestões sociais, deste modo, atuaram empoderando a posição Eu-mãe (potencialmente futura), fragilizada pela experiência de abortos

recorrentes. Promoveram, além disso, certa coalizão interna de posições do Eu (internas e externas) em torno dessa outra posição do Eu relevante, o Eu-mãe, regulando, assim, sua conduta nessa direção.

Apesar disso, a possibilidade de não conseguir ter um filho é imaginada por Eduarda, através de um posicionamento subjetivo do tipo “como se” (*as if*) – que pode ser expresso em termos de um questionamento: “e se eu não tiver um filho?”. Tal posicionamento a orienta em direção ao futuro, funcionando como um organizador semiótico de ações futuras, sendo associado à experiência inevitável da morte, a qual só lhe resta aceitação:

> *Eu penso assim,...* ***se não vai acontecer, se a gente não vai ter o bebê***... *pra mim eu não tenho que tomar decisão drástica nenhuma na minha vida, entendeu,* ***eu tenho que aceitar*** *[ênfase],* ***eu tenho que aprender a viver****, ‘né’, a realidade, entendeu, tenho que aprender a superar, a gente* ***tem que ser flexível****,... não adianta lutar contra uma realidade, entendeu, é que nem a morte, não adianta você não querer aceitar, você só vai sofrer mais ainda, então é melhor aceitar que ela existe e que a dor vai passar e que você vai aprender a viver com a falta daquela pessoa, entendeu?*

Apesar de essa possibilidade ter sido aventada por Eduarda, a posição do Eu-mãe permanece como uma posição central em seu sistema de *self*. Isto porque, ela constrói a possibilidade da maternidade a partir da adoção de uma criança. E nesse sentido, Eduarda cria uma aliança entre a posição do Eu-mãe adotiva (potencialmente futura) com outra posição do Eu altamente relevante: o Eu-religiosa. Afinal, ela reflete: e se for da vontade de Deus que eu adote uma criança? (posicionamento subjetivo do tipo “*as if*”). Nesse caso, o signo “vontade de Deus” consiste em um signo promotor, um significado hipergeneralizado que promove a integração da ambivalência. (Valsiner, 2012) Além disso, essas posições do Eu, centrais e dominantes no sistema do *self*, apresentam-se, então, interligadas – uma reforçando a outra – e carregadas de afeto, organizando o campo da experiência:

> *Quando eu penso assim, eu lutando por um filho* [chora],... *querendo um bebê pra mim, eu lembro daquelas criancinhas que estão lá nas creches, entendeu, lutando por uma mãe, e eu aqui querendo um filho... por que eu não vou lá buscar um pra*

mim, entendeu? E aí eu realizo o desejo do meu coração e o desejo dele?... Eu gostaria de dar um lar pra uma criança que todos os dias pede a Deus por uma família.

Eis o ponto de bifurcação na trajetória reprodutiva de Eduarda: por que não adotar? Alguns diálogos são, então, estabelecidos entre as posições do Eu internas dominantes (Eu-religiosa, Eu-mãe, Eu-esposa) com outros significativos (posições do Eu externas) (crianças órfãs imaginárias e o esposo). A tensão desse ponto de bifurcação é intensificada com a recusa do marido em aceitar a adoção como um meio de alcançar a paternidade almejada:

Só que infelizmente o meu marido ele não pensa da mesma forma, ele foca só o lado negativo da adoção. Eu sei... que a adoção pode ter seus lados positivos ou negativos, mas eu prefiro valorizar os positivos, porque os negativos você pode viver também com os seus filhos do seu sangue, da sua própria carne, da sua própria família, como muitos casos que a gente vê aí... Ele pensa que, se ele adotar um filho, hoje ele estaria assinando o atestado dele de derrota, de que desistiu, de que não aguentou esperar... Eu não penso assim, eu adotaria não pra suprir uma falta minha, carência de mãe, mas por amor, por me sentir no lugar daquelas crianças, entendeu, eu hoje que tenho o sentimento de ter um filho e não consigo, penso a dor de querer ter uma mãe, uma família e não ter, pra mim deve ser bem pior, com certeza bem pior.

É interessante observar que estas experiências ou opções do curso de vida não são meramente pessoais, mas experiências historicamente estruturadas. (Yasuda, 2005) Ou seja, apesar de Eduarda considerar a possibilidade de adotar uma criança, seu esposo e, talvez, outras pessoas da sua rede social, não reconheçam a adoção como um sistema social para ter um filho. Eduarda, porém, através da sua narrativa, parece empenhar-se em tentar legitimar esse caminho alternativo para se tornar mãe, construindo argumentos que possam levar o marido a reconhecer a adoção como um meio legítimo para eles alcançarem a maternidade/paternidade. Em sua retórica, como no trecho citado acima, faz uso de signos hipergeneralizados, carregados de afeto, como "amor", "dor", "família" – que guiam ações. Além disso, recorre a diálogos com Deus, uma posição do Eu altamente relevante para o sistema do *self*:

Peço a Deus, oro a Deus sobre isso, que se de repente é um projeto que Ele tem na nossa vida, que Ele toque no coração de meu marido e flexibilize o coração dele, tire essas ideias negativas, 'né', oriente ele.

Deste modo, o movimento realizado no *self* dialógico, externalizado através da sua narrativa, tem o propósito principal de manter a posição Eu-mãe – posição central no sistema do *self* –, apesar da experiência de repetidas perdas, da ineficácia das intervenções médicas e religiosas e das vozes contrárias a esse movimento. Este processo é definido por Valsiner (2002) como autorregulação semiótica, isto é, um processo sistêmico no qual o *self* mantém a si mesmo enquanto organiza o fluxo sempre novo da experiência pessoal. Para Valsiner, o *self* dialógico opera como um sistema catalítico, onde os seus próprios componentes (posições do Eu) reproduzem a si mesmos enquanto lidam com a experiência de novidade.

Assim, a posição Eu-mãe adotiva configura-se como uma síntese de uma nova posição do Eu – projetada para o futuro. Contendo não só novidade, mas também a manutenção relativa da posição do Eu-mãe "original", que é constantemente ameaçada no fluxo da experiência. Além disso, essas posições do Eu, que se confundem e até certo ponto se integram em uma só, são alicerçadas por outra posição do Eu altamente relevante e dominante no sistema do *self* de Eduarda: o Eu-religiosa. Posição do Eu não só dominante sobre as outras em um determinado momento, mas que estabelece uma gama de expectativas para o futuro. Afinal, ao longo de toda a narrativa, é a voz dessa posição do Eu a principal autora. Posição que cria alguma ordem e direção na multiplicidade de posições do *self* – organizando, inovando e desenvolvendo o *self* ao longo do tempo (posição promotora). É através dela que a sua história passada de abortos repetidos é ressignificada e que o futuro é subjetivamente antecipado, através do estabelecimento de uma gama de expectativas em termos do que poderia acontecer num próximo momento – em articulação com a posição Eu-paciente (esfera médica). Assim, o nível de incerteza pôde ser reduzido, na medida em que a direção é concedida a uma posição poderosa e importante, autorizada a dominar o *self* como um todo. (Hermans & Hermans-Konopka, 2010)

Nesse sentido e com o propósito de dar sustentação ao Eu-religiosa, Eduarda faz uso de um importante recurso simbólico – um mediador do seu próprio pensamento e funcionamento psicológico (Zittoun & Grossen, 2012) –, a Bíblia. Através desse recurso, Eduarda consegue refletir e dar sentido à sua história de abortos recorrentes, bem como a si mesma perante os outros sociais. Afinal, relata que a partir da sua história pessoal aprendeu a "*confiar em Deus como um pai, que cuida dos seus filhos*", identificando-se com os personagens bíblicos e o sofrimento experienciado por eles:

> *Acho que senti na pele coisas que pessoas da Bíblia sentiram, sofreram... Como a gente conhece várias histórias na Bíblia, tem coisas realmente ruins que precisam acontecer na nossa vida, não pra gente sofrer, se martirizar, mas pra gente crescer, pra gente aprender, pra Deus também abençoar outras vidas que possam, 'né', vir a passar pelo mesmo problema, ou até evitar que elas passem pelo mesmo problema, que não é todo mundo que suportaria, entendeu, ter esse número, 'né', tantas perdas.*

No trecho acima, podemos notar a influência da religião na construção cultural-pessoal do sofrimento como redenção, fazendo-o funcionar voltado para metas sociais e pessoais específicas: "*pra gente crescer, pra gente aprender...*". Deste modo, essa ênfase sobre o sofrimento enquanto redenção guia a pessoa para agir e, através dessa ação, para aceitar uma determinada filosofia de vida. (Valsiner, 2012) Assim, ao identificar-se com os personagens da Bíblia, Eduarda empodera o seu próprio *self* na medida em que se apropria do valor moral e espiritual, e da força emocional desses personagens do domínio externo para o domínio interno (Eu-personagem bíblico), atribuindo-se um *status* de modelo, isto é, da sua história servindo como exemplo para outras mulheres, ativando um poderoso campo afetivo. Deste modo, Eduarda constrói algum significado para o sofrimento advindo da experiência de abortos repetidos, ao mesmo tempo em que dá sustentação à importante posição Eu-religiosa, que ganha uma nova síntese, sendo reconfigurada em uma nova posição do Eu, isto é, Eu-filha de Deus. Posição do Eu que, por sua vez, alicerça o Eu-mãe. Afinal, a experiência de incerteza em decorrência da trajetória

reprodutiva marcada por abortos espontâneos – e a inevitável sensação de perda de controle sobre a própria vida – pode ser minimizada através dessas relações dialógicas estabelecidas com Deus. Ou seja, Deus está no controle da vida das pessoas, tem o poder necessário para isto (crença da posição Eu-religiosa); a sua história de perdas gestacionais tem algum sentido, algum significado mais profundo, de nível espiritual (crença da posição Eu-personagem bíblico); e o desfecho dessa história deve ser positiva, afinal, Deus é um pai que cuida dos seus filhos (crença posição Eu-filha de Deus). O cuidar também configura-se como um signo hipergeneralizado.

Eduarda, então, faz uso de uma série de recursos simbólicos em seu fluxo de pensamento, para resolver suas questões internas. O mais importante entre esses vem da religião. Ao evocar "Deus" em suas reflexões, há a criação de um campo afetivo hipergeneralizado de espiritualidade. Nesse sentido, a sua luta para ter um filho (que assume o significado de martírio, tal como Cristo na cruz) é profundamente pessoal, apesar de ela utilizar os significados sociais da sua comunidade (símbolos religiosos) para expressar e resolver questões internas. (Wagoner, Gillespie, Valsiner, Zittoun, Salgado, & Simão, 2011)

Assim, a apresentação da experiência passada (abortos espontâneos repetidos, apesar da intervenção divina e médica) parece operar como um catalisador para a construção de novas posições do Eu dentro de uma gama de possibilidades (Ex: Eu-mãe adotiva, Eu-filha de Deus). Considerando-se o momento da construção da sua autobiografia como um dos pontos de começo para a construção de significados pessoais. Ponto de começo para uma construção reflexiva denominado por Valsiner (2002) como o SISTEMA-EU-AQUI-AGORA (*HERE-NOW-I-SYSTEM, HNIS*) – uma unidade mínima do espaço (aqui), tempo (agora) e agente (Eu). A partir do HNIS, há o estabelecimento de posições do Eu aceitáveis para o futuro imediato, baseado sobre as experiências passadas (Valsiner, 2002). Isto porque o ato de narrar dá coesão à diversidade das suas experiências, promovendo a conexão entre eventos passados, presentes e futuros (ver Figura 11). A narrativa, segundo Gillespie (2007), é a consciência do *self* no tempo.

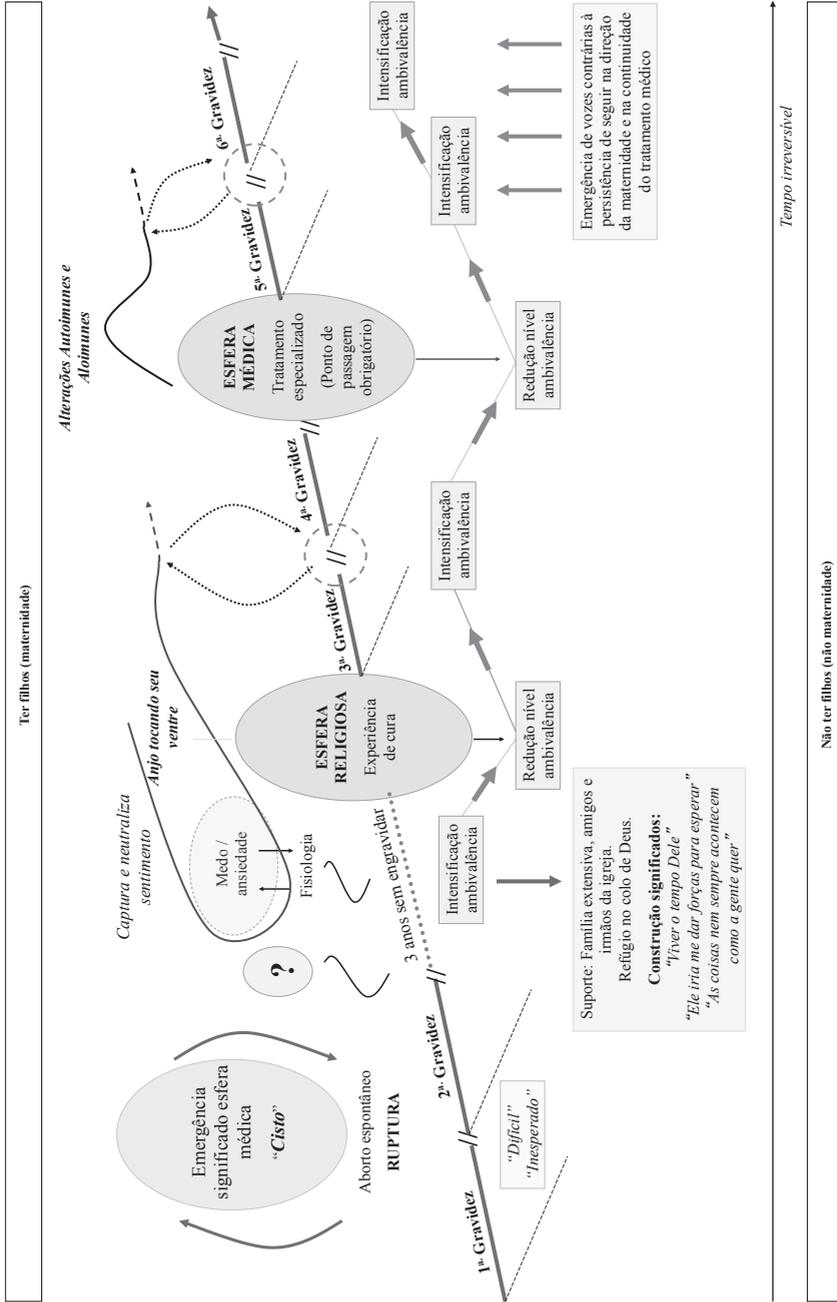
Figura 11 – Trajetória reprodutiva de Eduarda

Fonte: elaboração da autora.

Figura 12 – Trajetória reprodutiva de Eduarda (momento atual)

Ter filhos (maternidade)

1
2
3
4
5
6
7

Deus "criador"
Ciência

Elevado nível ambivalência

Construção significados:
"Permissão de Deus"
"Tempo de Deus"

E se eu não tiver um filho?
*E se for da **vontade de Deus** adotar?*
Organizadores semióticos ações futuras

Vontade de Deus

?

Ter filho biológico
Adotar uma criança
Não adotar criança

Não ter filho biológico
Continuar tratamento
Adotar uma criança
Não adotar criança
Desistir do tratamento
Adotar uma criança
Não adotar criança

Eu-mãe (Potencial, futura)
Eu-religiosa (Posição promotora)
Eu-paciente
Eu-mãe adotiva
Amor ***Dor*** ***Mãe*** ***Filho*** ***Lar*** ***Família***
Eu-filha de Deus
Cuidar

PASSADO
PRESENTE
FUTURO

Não ter filhos (não maternidade)

Fonte: elaboração da autora.

Tempo de concluir

O relato autobiográfico de Eduarda acerca da sua trajetória reprodutiva marcada por abortos espontâneos recorrentes revela que a construção e reconstrução do *self* envolvem complexas articulações no tempo irreversível, onde o passado e o futuro orientam novas posições no tempo presente. O Modelo de Equifinalidade de Trajetórias, assim, permite considerar todas essas dimensões no âmbito do sistema do *self* em desenvolvimento. Ou seja, contempla a dinâmica do movimento da pessoa no tempo irreversível em direção ao futuro.

Considerando a questão do tempo, pode-se refletir sobre a dimensão da ruptura e da inevitável construção de significado no que tange à ocorrência de cada um dos abortos espontâneos. Assim, pode-se dizer que a experiência do primeiro aborto espontâneo implicou em descontinuidades em relação às expectativas e planos mais imediatos (momento presente/futuro próximo), isto é, de ter aquele bebê, de vivenciar a maternidade naquele momento, conforme havia sido planejada pelo casal. Nesse sentido, é possível que a posição "Eu-mãe" – potencialmente futura e altamente relevante para o sistema do *self* – não seja ainda percebida como realmente ameaçada, mas apenas temporariamente adiada. Deste modo, não há necessariamente a confrontação com uma redefinição da identidade – que inclua a possibilidade desse Eu-mãe não se realizar ou, pelo menos, não se realizar conforme planejado (de um filho biológico).

Porém, a repetição das perdas gestacionais torna essa reflexão necessária, isto é, a mulher pode vir a não se tornar mãe. E isto consiste em uma ruptura mais profunda e de longo prazo, que afeta a perspectiva de futuro dessa mulher, bem como exige a reconstrução de planos e metas passadas, levando a redefinições da identidade. Isto porque a concretização dessa possibilidade mudaria radical e profundamente o que Eduarda e os outros imaginavam para ela. O futuro, marcado por essa possibilidade, é antecipado, interferindo em como ela percebe a si mesma e o modo como age.

Assim, o caso de Eduarda ilustra a tentativa exaustiva de sustentar a viabilidade da posição do Eu-mãe, ainda que em uma versão reformulada de "Eu-mãe adotiva". Ou seja, uma tentativa de sustentar certa estabilidade (que se relaciona com a questão da identidade). E assim, evitar uma mudança mais profunda em sua identidade, uma ruptura definitiva daquilo que ela e os outros imaginavam que poderia ser, vir a ser.

Por fim, é preciso considerar ainda que a maternidade configura-se como um signo hipergeneralizado, que permeia e promove o modo de pensar e sentir em sua totalidade – à medida que se atravessa a miríade de espaços da vida cotidiana. Uma noção cultural carregada de valor que sobredetermina as mentes humanas – sendo socialmente promovida e pessoalmente internalizada. Um signo que atua como um mediador semiótico nos processos de comunicação humana, tanto entre pessoas e instituições, como na condição de regulador intrapsicológico. Deste modo, o poder dessa noção cultural e seu significado hipergeneralizado orientam a conduta humana, bem como as necessidades afetivas. (Valsiner, 2012)

Capítulo 7

Regulação afetiva do fluxo da experiência: a generalização do campo de sentimentos ligados à maternidade

Narrativa autobiográfica da trajetória reprodutiva de Beatriz entre os contextos públicos e privados de saúde

> *É só a gente sentir aquele ser dentro da gente... fiquei com vontade de sentir isso de novo e ter nos meus braços vivo.* (Beatriz)

Beatriz possui história reprodutiva marcada por três perdas gestacionais, sendo um aborto espontâneo e dois bebês natimortos. No momento em que foram realizadas as entrevistas não estava grávida.[7] A primeira gestação ocorreu em 2005, quando tinha 22 anos de idade e quatro anos de casada. Relata que o casal já planejava ter um filho, mas não para aquele momento, pois Beatriz considerava-se ainda muito jovem. Deste modo, a gravidez configurou-se, de algum modo, um evento inesperado. Apesar disso, relata que descobrir-se grávida foi um acontecimento considerado positivo: "*pra mim foi muito bom [risos], principalmente descobrir que era uma menina... porque o meu maior sonho é uma menina [risos], pra gente foi muito bom, foi muito feliz.... eu não esperava tanto naquele momento, mas*

7 Beatriz foi entrevistada em dois momentos distintos. A primeira entrevista foi realizada em novembro de 2010, quando estava iniciando a investigação e tratamento imunológico, em decorrência das perdas gestacionais, na clínica privada. Embora estivesse acompanhada pelo marido, narrou sua trajetória reprodutiva praticamente sozinha. A segunda entrevista ocorreu quase um ano depois, quando ela voltou a me procurar para falar sobre a dificuldade para engravidar. Desta vez, estava sozinha. Solicitei, então, que contasse novamente sua história reprodutiva.

eu gostei muito...”. Além da questão da idade, Beatriz relata que se preocupava com o momento do parto, por tratar-se de um evento no qual as pessoas dizem que provoca intensa dor física, bem como com a sua capacidade para cuidar de uma criança, devido à percepção de imaturidade relacionada à sua pouca idade:

> *Acho que toda mulher antes de engravidar, tem medo do parto, e eu tinha muito medo [risos] e também eu queria amadurecer mais... Eu não me achava muito responsável [risos],... pelo fato de eu ser mais nova, sei lá, eu não sei explicar direito, mas eu acho que eu não 'tava' preparada naquele momento, antes, 'né', naquele momento.*

Apesar dos receios, a gravidez transcorria sem complicações. Porém, ao completar cerca de sete meses, sua pressão arterial começou a elevar-se e outros sintomas apareceram, como edemas generalizados no corpo, dores no estômago e nas costas. Também foi constatado que o bebê em gestação estava perdendo peso. Tais sintomas pareciam configurar um quadro de eclâmpsia. Entretanto, a fim de realizar exames laboratoriais que confirmassem ou não tal diagnóstico, Beatriz precisou recorrer ao serviço de saúde público de outra cidade próxima – na medida em que morava em uma cidade pequena no interior da Bahia, que não dispunha desse serviço. Durante a espera pelo resultado dos exames – cerca de uma semana –, os sintomas persistiram.

Beatriz relata que compreendia o que representava a eclâmpsia, devido à experiência prévia de uma tia que teve esse diagnóstico durante a gravidez, resultando no óbito do bebê. Em detrimento a essa informação, preferiu acreditar na sabedoria popular, transmitida pela avó, que dizia: “*a mulher quando está grávida e incha muito, dizem que vai ter um parto bom*”. Além disso, a experiência corporal de sentir o bebê mexendo consistiu para Beatriz no indício de não havia nenhum problema com o bebê: “*então, já que o bebê está mexendo bem, ele mexia muito, 'Ah, então bebê que mexe é um bebê saudável', aí eu fiquei despreocupada*”. Porém, ao realizar um exame de ultrassonografia, quando já estava com 30 semanas de gestação, foi constatado que os batimentos cardíacos do bebê haviam parado – evento que foi percebido como “*uma morte inesperada*”:

> *Quando chegou o dia de eu fazer o pré-natal, eu fui e o médico não ouviu mais os batimentos, aí foi aquele choque pra gente, porque a gente tinha tudo prontinho, quarto todo pronto, até hoje eu tenho meu jogo de quarto todo prontinho [risos], aí eu descobri que não, não viria mais, mas... eu não tive medo na hora de pensar, já fiquei fazendo planos pra próxima gravidez [risos], em momento algum eu pensei em desistir, tive medo, sempre pensando positivo, tanto que engravidei, queria engravidar logo.*

Conforme ilustra o fragmento acima, a narrativa de Beatriz sobre sua trajetória reprodutiva – marcada por perdas gestacionais e riscos à sua própria vida – foi acompanhada por uma expressão facial alegre e muitas vezes sorridente. Expressão afetiva aparentemente incompatível com o conteúdo do relato. Além disso, a experiência da primeira perda gestacional – uma ruptura significativa daquilo que era esperado acontecer – parece não ter sido reconhecida e elaborada no âmbito afetivo, sendo automaticamente substituída pelo planejamento de uma próxima gravidez.

Assim, a partir do diagnóstico de óbito fetal e de uma pré-eclâmpsia grave, houve a necessidade de induzir o parto. Beatriz relata que chegou a ver a filha, mas não quis tocá-la devido ao medo que sentia de pessoas mortas:

> *Eu a vi quando ela... assim que nasceu, colocou pertinho de mim, não cheguei a tocar, assim, eu tenho pavor de pessoas que morrem... quando eu vi o bebê eu não consegui segurar, eu senti assim, não sei direito explicar, mas eu não consegui segurar... colocou no meu lado, eu ainda cheguei a tocar na mãozinha, mas pegar no colo e tudo eu não consegui.*

O bebê natimorto foi sepultado pelo esposo e alguns parentes próximos. Beatriz não participou da cerimônia: "*o sepultamento, isso, fizemos tudo isso, mas ela era muito bonita assim, parecia que 'tava' dormindo, foi até difícil pra gente acreditar..., porque foi tudo muito rápido, foi tudo bem... aconteceu rapidamente*".

Para Beatriz, a primeira perda gestacional foi o resultado de uma assistência à saúde deficiente – que ela relaciona ao fato de ter sido realizada na rede pública – e da passividade do casal diante dos acontecimentos:

Por causa da cidade, cidade pequena, não tem, só tem a rede pública e péssima também... e pelo fato da primeira gravidez ter tido aquelas complicações, eu acho que a gente se acomodou um pouco, e também a gente ficou muito confiante, assim, a gente como, ele é evangélico, a gente pensava muito, 'Deus vai me ajudar, vai dar tudo certo', os médicos também nos falavam, 'né', 'não, vai dar tudo certo', então, a gente confiou muito.

Seguindo a recomendação médica, Beatriz voltou a engravidar novamente um ano depois: "*em momento algum eu pensei em desistir... antes era mais a rede pública, a partir da segunda gravidez, eu já parti para um médico particular, que eu já percebi que era uma gravidez mais arriscada*". A segunda gravidez foi precocemente interrompida pela ocorrência de um aborto espontâneo quando estava com aproximadamente seis semanas de gestação. Tratava-se de uma gravidez anembrionada.[8] Na medida em que o feto ficou retido em seu útero, precisou submeter-se ao procedimento da curetagem uterina: "*eu fiquei assim..., eu saí meio desolada, eu fiquei sem chão, só em pensar de novo passar por tudo isso...*". Após essa segunda perda gestacional, o casal começou a pagar um plano de saúde para Beatriz, a fim de que ela pudesse ter acesso a uma assistência na qual eles acreditavam ter melhor "qualidade": "*como já aconteceu isso, vamos procurar um médico particular e mais experiente, 'né', nessa área*".

Em 2008, Beatriz engravidou pela terceira vez. Realizou o acompanhamento pré-natal no contexto da assistência privada, em uma cidade próxima da qual reside. Relata que a cada 20 dias ia para essa cidade realizar os exames médicos. No entanto, quando estava com cerca de sete meses, algumas alterações na gravidez foram detectadas pelo médico: "*quando chegou o período de fazer a ultrassom morfológica, eu cheguei lá e o médico percebeu que o bebê estava muito abaixo do peso, a minha pressão estava muito alta, então ele percebeu que 'tava' alguma coisa errada*". Beatriz foi encaminhada com urgência para uma clínica particular de outra cida-

8 Gestação anembrionada caracteriza-se pela ausência da imagem na ultrassonografia transvaginal da vesícula vitelina em saco gestacional igual ou superior a 10mm de diâmetro médio ou a ausência de vesícula vitelina e embrião em saco gestacional com diâmetro igual ou superior a 16mm. (Rios et al., 2010)

de, Feira de Santana, a fim de repetir o exame de ultrassom, em um equipamento mais moderno. Apesar de as informações médicas acerca das complicações gestacionais, Beatriz relata que havia levado um DVD para que fossem gravadas as imagens do bebê – que, mais uma vez, tratava-se de uma menina –, mas foi desaconselhada pelo médico que relatou que não seria possível ver o bebê, pois ele estava muito pequeno: "*aí ele me disse: 'não vai dar pra você ver nada, não vou nem te explicar, porque você não vai entender nada'*". No outro dia, Beatriz foi internada em um hospital público com o diagnóstico de eclâmpsia grave, sentindo fortes dores no estômago e nas costas.

Apesar da percepção de risco à própria vida, Beatriz enfatiza na sua narrativa que, naquele momento, só pensava no bebê e na pequena chance dele sobreviver:

> *Eu mesma não pensava muito em mim, eu pensava no bebê, eu perguntava: 'E ela quanta chance tem de vida?"... Mas eu já entrei no hospital já pensando muito, só pensava no bebê, só queria saber quanta chance ela tinha, né, eu acho que eu esqueci de mim nesse momento [risos].*

Na medida em que o bebê ainda estava vivo, houve a tentativa, por parte da equipe médica que a acompanhava, de prolongar a gestação – uma vez que haviam conseguido estabilizar a sua pressão arterial:

> *Então aí eu fiquei confiante, 'né', que iria dar certo. Isso foi na quinta ou na sexta, se eu não me engano, eu sentia o bebê mexendo e tudo, já no sábado para o domingo, eu não senti, eu senti parecido com o da última vez, aquele bolinho na barriga... na terça-feira, eu fiz um ultrassom, aí já confirmou que ela estava morta, então foi um choque muito grande pra mim, porque eu não tava esperando, eu tinha ainda esperança... tinha esperança de que pudesse acontecer um milagre.*

Assim, após alguns dias de internamento, foi diagnosticado o óbito do bebê. Beatriz, então, precisou submeter-se novamente a um parto induzido. A interrupção da gravidez foi percebida como um evento inesperado e repentino: "*tudo foi tão rápido que 'acontece' comigo, minha preocupação é essa, acontece tudo muito rápido, eu 'tou' normal, como eu 'tou' conversando com você aqui, mas quando eu chego no médico, ele já percebe*

que não 'tá' tudo bem". Na medida em que o bebê natimorto era muito pequeno, Beatriz retornou à sua cidade, após 15 dias internada, levando-o dentro de um recipiente com formol, sendo enterrado pelo marido, junto com o bebê perdido da primeira gestação.

A partir da experiência dessa perda gestacional, em diálogo com os profissionais de saúde, Beatriz construiu o significado de risco à sua própria vida:

> *Corri muito risco, porque eu tive HELLP.*[9] *HELLP é... corre risco nos rins, de entrar em coma, pela pressão que aumenta... eu corri risco, né, eu corri mais risco de vida... foi bem mais grave, me disseram que foi bem mais grave do que a da primeira.*

Após internamento hospitalar, Beatriz relata ter dado início a um novo planejamento para a próxima gestação: "*cheguei em casa, lá eu já ficava fazendo os meus planos, de como seria a próxima gravidez*". Combinou com o marido sobre acumular recursos financeiros até ter dinheiro suficiente para ter acesso a um atendimento médico especializado, oferecido pela rede privada de assistência à saúde:

> [preparando-se] *principalmente financeiramente, 'né', porque eu acho assim psicologicamente eu sempre tive, 'né', preparada [risos] porque eu sempre pensei positivo, não pensei em desistir nunca, sempre forte, 'né', assim, sempre pensando positivo.*

9 Entre os distúrbios hipertensivos na gestação, há a pré-eclâmpsia, definida por uma pressão arterial elevada associada à proteinúria, ao edema, ou a ambos após vinte semanas de gestação. A pré-eclâmpsia pode ser leve ou grave. O tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia ou a eclâmpsia é o parto. A urgência do mesmo depende da gravidade do caso. No caso de pré-eclâmpsia grave, a segurança da gestante deve ser considerada em primeiro lugar. A prioridade é avaliar e estabilizar a condição materna, particularmente as anomalias de coagulação. A síndrome HELLP que consiste de emólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetas baixas é uma forma de pré-eclâmpsia grave. O manejo é o mesmo da pré-eclâmpsia grave, ou seja, realizar o parto. A síndrome HELLP está associada a um mau desfecho materno e perinatal. A mortalidade fetal perinatal relatada na literatura médica vai de 7,7 a 60,0% e a maternidade materna de zero a 24%. A morbidade materna é comum. Muitas pacientes com síndrome de HELLP necessitam de transfusão de sangue e de componentes sanguíneos e têm risco aumentado de insuficiência renal aguda, de edema pulmonar, de ascite, de edema cerebral e de ruptura hepática. (Reddy & Witter, 2001)

Então, com o objetivo de economizar dinheiro para realizar o tratamento médico, Beatriz passou a juntar moedas. Ao final de dois anos, relata que havia reunido mais de 20 quilos em moedas de um real, somando a quantia de aproximadamente sete mil reais. Assim, concluiu que havia chegado o momento de realizar o tratamento e, então, tentar uma nova gravidez.

Deste modo, buscou atendimento médico especializado após dois anos da terceira perda gestacional. Ao realizar os exames solicitados pelo médico especialista, foram identificadas algumas alterações imunológicas, tais como: trombofilias (alteração na coagulação sanguínea, havendo maior risco para a formação de trombos ou trombose) e fatores aloimunes (resposta imunológica do corpo materno de não reconhecimento e aceitação do concepto). Realizou o tratamento aloimune e foi liberada pelo médico para engravidar em dezembro de 2010. Porém, quase um ano depois, Beatriz relata que ainda não havia conseguido engravidar. Por esta razão, solicitou atendimento psicológico em novembro de 2011 (momento em que a segunda entrevista foi realizada), por acreditar que a razão para não estar conseguindo engravidar consistia no elevado nível de ansiedade. Vale ressaltar que esse significado foi coconstruído com profissionais de saúde e outras pessoas da sua rede social próxima: "*eu ainda não consegui engravidar, aí eu 'tô' achando, os médicos falam que é a ansiedade...* e*u preciso de uma psicóloga hoje, tenho que conversar, tenho que desabafar e tudo*".

As dinâmicas no âmbito do *self*: processos dialógicos envolvidos na autorregulação semiótica

A trajetória reprodutiva de Beatriz apresenta-se marcada por perdas gestacionais e sérios riscos à própria vida, em decorrência da persistência em engravidar. Nesse cenário, no qual a vida é constantemente ameaçada ou perdida, muitas pessoas significativas expressaram oposição à escolha de Beatriz em persistir por esse caminho. Essas vozes em oposição

à sua escolha pela maternidade biológica intensificaram a ambivalência relacionada à tomada de decisão entre engravidar novamente ou desistir.

Em detrimento a essa oposição e com o propósito de empoderar seu próprio *self* e dar sustentação à decisão de engravidar novamente, Beatriz recorre a um poderoso aliado: o discurso biomédico. Afinal, tal discurso legitima o caminho escolhido – calcado especialmente no avanço tecnológico –, prometendo-lhe algumas certezas em um cenário repleto de incertezas:

> A *gente conversou com o médico, se ele falar que não tinha como, aí tudo bem, mas aí quando o pessoal fala na rua que a gente não pode, quem vai dizer é o especialista, 'né'? Ele disse não, vocês podem engravidar com o tratamento... porque as pessoas na rua falam muito, 'né', enchem muito a cabeça da gente, eu falei: 'Não, vou pensar, vou primeiro ao médico saber o que ele vai me dizer, se eu tenho chance ou não de engravidar novamente', então, graças a Deus, ele disse o que eu queria ouvir [risos].*

A oposição de pessoas significativas à persistência de Beatriz em engravidar intensificou-se após a terceira perda gestacional – especialmente em decorrência às sérias complicações em seu estado de saúde. Nesse momento, até o esposo – que sempre ofereceu um importante suporte emocional para Beatriz, bem como um incentivo para que continuasse a engravidar –, também se mostrou contrário a uma nova gestação. A sua voz ecoa para Beatriz como uma tentativa de ampliar o campo de possibilidades futuras para a realização de outras trajetórias, como a trajetória alternativa de adotar uma criança ou mesmo de ser um casal sem filhos:

> *Quando eu cheguei em casa, ele: "Beatriz, você não vai engravidar de novo, pra você correr risco, eu não quero, vamos viver nós dois sozinhos, não quero que você corra risco mais". Porque ele pensou primeiramente em mim, aí eu falei 'Não, eu quero tentar novamente, se o médico disse que eu tenho chance, então eu vou tentar', 'Então, você que sabe, por mim viveríamos os dois sozinhos, se você quisesse adotar eu adotaria', mas eu falei 'Não, vou tentar primeiro, vamos dizer assim, não uma última vez, mas vamos tentar de novo"... 'Se tem tratamento, então, vamos tentar o tratamento'.*

As vozes de outros importantes membros familiares fizeram-se também presentes como uma tentativa de dissuadir Beatriz do propósito de continuar engravidando. Uma dessas vozes apresenta destaque em sua narrativa: uma prima do marido que considerava como se fosse sua irmã. Essa prima possui nível universitário e utilizou-se do recurso da internet para pesquisar sobre o que havia ocorrido na última gestação de Beatriz. Munida de informações sobre a gravidade dos eventos ocorridos (eclâmpsia grave, síndrome de HELLP), recorre à estratégia semiótica de enfatizar o pior do que poderia ter acontecido no passado – isto é, insuficiência renal, edema cerebral e, em consequência, entrar em estado de coma – alertando para a possibilidade de esses eventos acontecerem no futuro, caso Beatriz persista – no momento presente – em seguir por esse caminho. Nesse sentido, realiza a tentativa de desestabilizar a amarração semiótica construída por Beatriz – que utiliza signos provenientes da esfera médica para minimizar a ambivalência e reduzir o grau de incerteza frente ao futuro. E assim, questiona o poder e a promessa de certeza atribuídos ao discurso biomédico. Porém, o poder afetivo da sua voz não se mostrou hierarquicamente superior para dominar a voz do médico especialista:

> *A prima de Alberto* [marido] *também, ela até fala comigo que ela não é muito de acordo 'a' eu engravidar de novo... ela se preocupa muito comigo, ela é prima dele, mas tem aquela amizade que parece que é minha irmã... Então ela pesquisou muito, ela se preocupava muito comigo... ela me falou que eu corri muito risco, 'Você correu os riscos dos rins pararem, pelo fato da pressão ta aumentando muito', ela me explicou assim, por alto, mais ou menos o que ela pesquisou, e 'de entrar em coma, porque a sua pressão aumentava muito e poderia entrar em coma a qualquer momento'... então ela me falava 'tudo bem que o médico falou que você pode fazer, tentar novamente, com tratamento', mas ela sempre me fala 'médico nenhum dá 100%', eu falei 'Não, mas eu acho que eles tem o fundamento deles e tudo, então eles não vão me enganar com uma coisa que eu possa correr risco mais tarde, então se ele ta falando que eu posso, ta me dando essa garantia, tentar, porque eu acho que se eu fosse correr risco de vida, ele não iria adiante no meu tratamento", 'né'?*

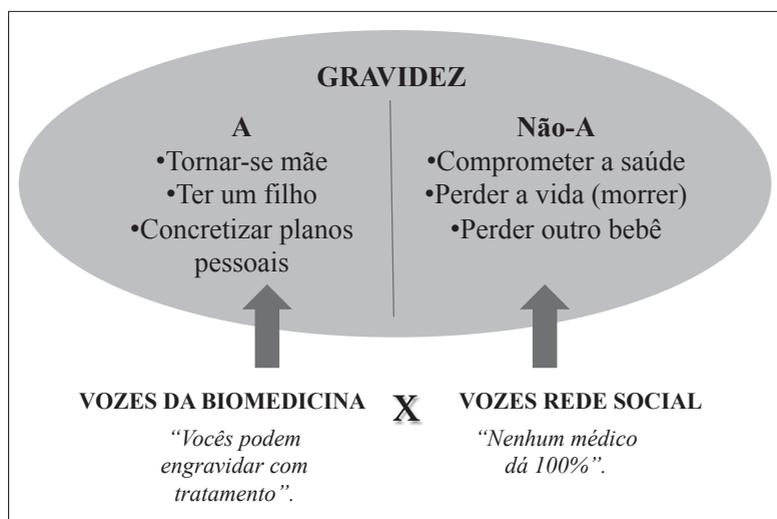
Só que aí eu explico, eu falo "não, o médico já me disse que não vai acontecer tudo o que aconteceu da outra vez e se caso acontecer não vai ser tão forte, não vou correr tanto risco, porque eles estão próximos e vão interferir assim, para que não aconteça nada de grave, nem comigo, nem com o bebê".

A construção de signos fortes (Abbey & Valsiner, 2004) – isto é, signos que estreitam demasiadamente o campo de significados, ao mesmo tempo em que fornecem o caminho mais claro para a pessoa seguir em um determinado momento – provenientes da esfera médica, tais como o signo genérico "tratamento", são internalizados de modo particular por Beatriz. Tais signos parecem sustentar seu movimento em direção à maternidade, na medida em que circunscreve o campo de possibilidades futuras, incluindo apenas determinadas trajetórias, como a do tornar-se mãe e ter um filho; enquanto exclui outras possibilidades, como a repetição de perdas e o risco à própria vida (ver Figura 13). Deste modo, esses signos permitem imaginar um futuro previsível, com a promessa de evitar ou reduzir danos em uma próxima tentativa de gravidez – reduzindo, assim, a ambivalência. A fabricação de distinções, através de mecanismos de atenção seletiva e da percepção, e sua organização semiótica trabalham no sentido de possibilitar a construção de um mundo subjetivo que pareça relativamente estável. (Valsiner, 2012) Porém, conforme apontam Abbey e Valsiner (2004), essa condição é de natureza enrijecedora do processo dialógico de construção de significados, negligenciando tão marcadamente a complexidade do fenômeno, e sendo funcional apenas temporariamente.

Na tentativa de construir um sentido de segurança, *como se* engravidar novamente constituísse uma trajetória cujo desfecho tornara-se previsível – graças ao tratamento médico especializado – um obstáculo importante fez-se presente: a "demora" em engravidar. O tempo decorrido das tentativas para engravidar, após tratamento imunológico com o médico especialista, e a sua não realização, aumentou a ambivalência de Beatriz entre o tentar ou não tentar engravidar novamente. A rede de apoio contribuiu para a ampliação da ambivalência, construindo o significado para a dificuldade de Beatriz engravidar relacionado à "vontade

de Deus" (ver Figura 14). Aliando-se ao questionamento dos signos provenientes da esfera médica, houve a introdução nesse cenário de outro signo poderoso e hipergeneralizado, "Deus":

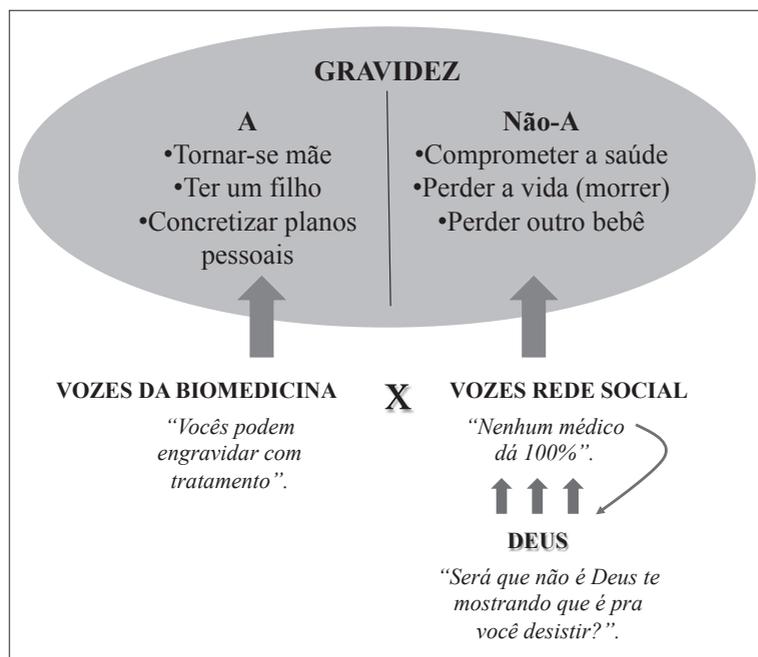
> *Aí ela me falando, 'né', essa prima dele, 'Olha, Beatriz, você tem tanta facilidade pra engravidar, por que que será que agora 'tá' demorando, será que não é Deus te mostrando que é pra você desistir e parar e tudo?'. Então, isso ficou muito na minha mente.*

Figura 13 – Significados de gravidez: unidade de opostos e sua dinâmica de relações

Fonte: elaboração da autora.

A internalização desse signo, através de um processo de construção ativa por meio da interação bidirecional com os outros sociais, levou Beatriz a um rezar reflexivo com um foco orientado para o futuro. Ou seja, levou-a a rezar com o propósito de refletir e dirigir ações futuras: voltar ou não a engravidar? Assim, estabeleceu com Deus uma comunicação, pedindo-lhe respostas sobre como deveria agir:

Aí... quando eu cheguei em casa, eu conversei com Deus, eu falei: 'Oh, meu Deus, se for pra 'mim' desistir... se for pra eu poder desistir, então tira da minha mente, 'né', pra 'mim' poder esquecer e pronto'.

Vale ressaltar que, apesar da comunicação com Deus poder ser dirigida internamente e individualmente, ela também é indireta e ocorre sob a forma de metacomunicação. (Peskek, Kraus, & Diriwachter, 2008; Valsiner, 2000) Essa metacomunicação depende da interpretação, isto é, do que alguém pode considerar serem mensagens de Deus e como essas mensagens serão analisadas e internalizadas. (Peskek, Kraus & Diriwachter, 2008)

Figura 14 – Significados de gravidez: unidade de opostos e as mudanças na sua dinâmica de relações

Fonte: elaboração da autora.

Diante da suposta condição de infertilidade, Beatriz recorreu à esfera médica a fim de construir algum significado que a explicasse. Porém,

na medida em que não havia qualquer indício de problema físico em seu aparelho reprodutivo, houve a sugestão médica de que a dificuldade para engravidar poderia estar relacionada à ansiedade. A partir dessa sugestão, Beatriz empreendeu ações na tentativa de minimizá-la, envolvendo-se em outras atividades, como bordar e vender cosméticos.

No entanto, em certo momento, constatou que a questão da maternidade não lhe ocorria mais em seus pensamentos. Essa autorreflexão a levou a indagar se isso significava que a vontade de Deus era, então, que não engravidasse mais. Como se Deus estivesse respondendo ao seu pedido que, se fosse da vontade Dele a desistência da maternidade, que lhe permitisse simplesmente esquecer.

Deste modo, a ambivalência que havia sido minimizada com a construção do significado de "ansiedade" – a partir da sugestão médica –, volta a se intensificar, promovendo certa confusão em seus pensamentos. Nesse momento, então, há a construção de outros significados, como a ideia de estar sendo castigada por Deus:

> *Eu esqueci um pouco da gravidez, aí eu já fiquei pensando: 'Meu Deus, será que foi por que eu pedi pra 'mim' esquecer?'. E Deus já 'tava' me mostrando que não era pra 'mim' engravidar? Então começou aquela confusão na minha cabeça, 'Será que é pra 'mim' poder parar, que eu já esqueci?'... porque assim, eu, na mesma hora que eu pensava que não era pra 'mim' engravidar, já me questionava: 'O que foi que eu fiz, por que que Deus 'tá' me castigando por isso?', 'né', porque eu tenho tanta facilidade pra engravidar, tanto tempo tentando sem conseguir... aí ficava me questionando 'Por que? O que eu fiz de errado?', 'né', e voltando a pensar nisso, 'Será que Deus não quer que eu engravide? Será que é pra eu poder parar, pra desistir?' [risos], então isso me deixou muito confusa, eu fico sem saber direito o que é que eu faço.*

A autorreflexão de Beatriz a respeito da "vontade de Deus" – suposta ser hierarquicamente superior a sua própria vontade – mostra-se ambígua, pois Beatriz parece não ter clareza acerca de qual direção esse signo poderoso parece indicar-lhe seguir. Afinal, por um lado há a dificuldade para engravidar e a constatação do período de tempo em que ficou sem pensar na questão da gravidez. Eventos que parecem indicar a vontade

de Deus para que desista de seguir em direção à maternidade. Por outro lado, relata que o tratamento médico que vem realizando para engravidar sem riscos à sua vida ou a do bebê possui um custo muito elevado, o que a preocupa, pois não sabe até quando poderá pagar. Apesar disso, constrói o significado de que Deus está ajudando o casal a seguir com o tratamento: "*mas graças a Deus, Deus está nos ajudando, por enquanto ainda continua tudo normal, eu acho que é bem provável que nós não iremos parar (o tratamento) por enquanto. [risos]. Mas eu estou mais confiante por isso*".

A vontade de Beatriz de engravidar novamente, assim, parece persistir em seus planos futuros, à revelia da ambiguidade dos significados atribuídos à vontade divina ou às vozes de outros significativos contrários a essa decisão. E esse movimento persistente de "nadar contra a maré" – reduzindo a ambivalência e as incertezas relacionadas ao futuro – é amparado na suposta "certeza" e previsibilidade "vendida" – por um elevado custo – pelo discurso biomédico:

> *Olha, em desistir, eu desistiria pela situação financeira, não por, porque pra tentar engravidar, eu acho que nunca, só se o médico chegar para mim e falar "Você não pode, de jeito nenhum, se você engravidar, você corre risco e pode morrer" então, aí eu pararia... mas nenhum médico nunca me disse isso. Sempre me diz que eu tenho chance de engravidar, sim, com tratamento, porque, Dr. M. me disse, 'Sem o tratamento, sim, você corre riscos, agora com o tratamento, não, com o tratamento, se você fizer tudo direitinho, você não corre risco nenhum', então eu fico muito confiante, assim, pra desistir eu acho que eu não desisto fácil, não [risos].*

Deste modo, alguns signos foram internalizados por Beatriz, advindos da esfera médica – a partir de pesquisas realizadas na internet, de consultas com o médico especialista e relatórios médicos – e que permitiram a redução da ambivalência em relação à incerteza diante do futuro. Tais signos, como a ideia de "trombose placentária", "incompatibilidade sanguínea", "tecnologia avançada" e "tratamento", possibilitaram a construção de algum sentido para as perdas anteriores (rupturas inesperadas nas trajetórias do passado), bem como a construção imaginária de estabilidade, de certo controle e segurança, dirigida para o futuro:

Já li muito, já pesquisei na Internet, vi vários casos, e graças a Deus, 'né', que a tecnologia está tão avançada que possa nos dar essa oportunidade, 'né', de tentar novamente... pelo que eu pude entender assim dos relatórios que eu tive dos problemas, como eu tive trombose placentária, 'né', e a incompatibilidade... o nosso sangue não é compatível pelo fato de sermos do mesmo tipo, O positivo, mas tem alguns componentes que não combinam, então eu acho que isso que leva ao meu corpo rejeitar, o médico me explicou que o meu corpo rejeita, aceita como um corpo estranho e quer expulsar. Acho que por isso eu tinha aquelas complicações e tudo e também a trombose placentária... e pelo fato também do sangue 'tá' preso ali, 'né', tende a minha pressão aumentar, porque 'tá' preso, ele não circula normal, isso o médico me explicou também.

Conforme Valsiner (2012), cada interpretação é carregada de valor e prescritiva quanto à ação. E assim, as informações médicas – internalizadas de forma particular por Beatriz – circunscrevem a gama de possibilidades futuras, influenciando o momento presente, na medida em que empoderam Beatriz para a tomada de decisão e subsequente ação. Ação esta, relacionada ao voltar a engravidar, após realizar tratamento médico (ver Figuras 15 e 16).

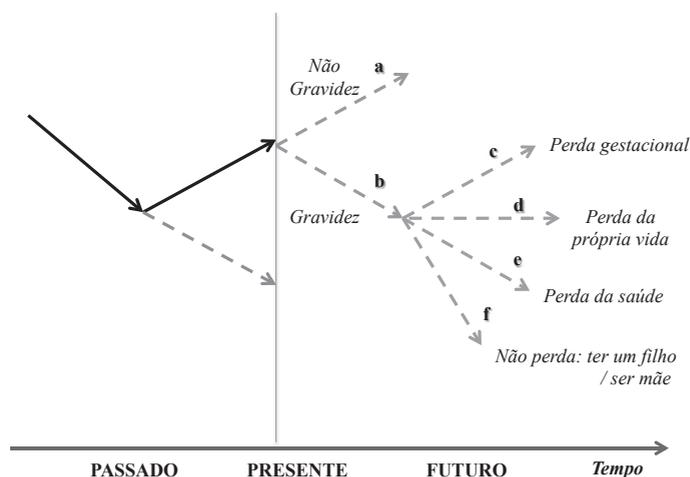
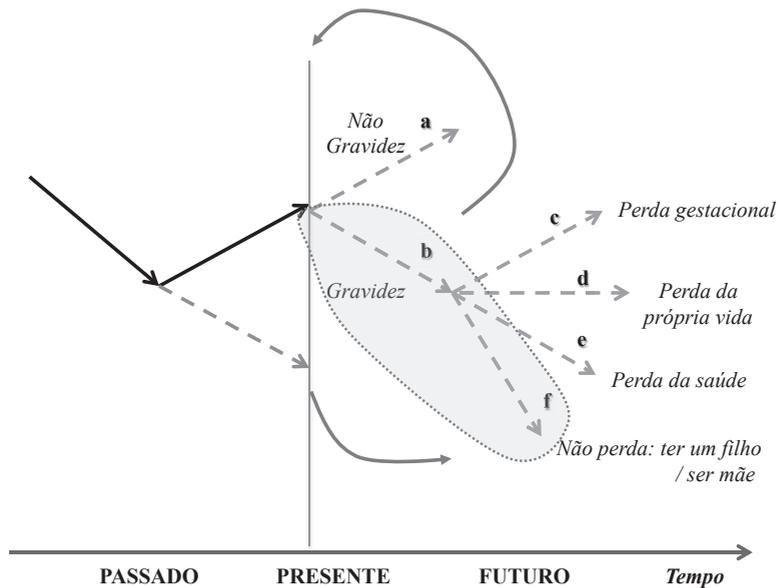
Figura 15 – Gama de trajetórias futuras possíveis

Fonte: elaboração da autora.

Figura 16 – Trajetórias futuras circunscritas por signos provenientes da esfera médica

Fonte: elaboração da autora.

Mediação semiótica e estratégias para a construção de continuidade: o luto não realizado

O processo de construção de significados se desenvolve a partir da necessidade de pré-adaptação às condições ambientais futuras – que, no momento presente, ainda não são conhecidas. O papel dos outros sociais nesse processo, como o dos médicos e da rede social próxima, é aquele de orientação do processo de microgênese. Os significados, deste modo, são construídos em movimento. Outro aspecto fundamental desse movimento de construção de significados consiste nos processos afetivos. Afinal, a regulação e organização dos significados é uma função desses processos. O afeto é a base sobre a qual os organizadores semióticos se estabelecem e configuram. (Cabell & Valsiner, 2011)

A experiência subjetiva é sempre construída sobre uma relação afetiva com o mundo. As pessoas criam sentido para suas relações com o

mundo, e para o próprio mundo, através de seus sentimentos – que são culturalmente organizados por meio da criação e uso de signos. (Valsiner, 2012) Esta relação afetiva com o mundo se constitui como uma totalidade – uma combinação do passado, presente e futuro sentidos simultaneamente como um. (Cabell & Valsiner, 2011) O domínio dos sentimentos é central para a construção de culturas pessoais. (Valsiner, 2012) Deste modo, os processos afetivos humanos estão intimamente ligados aos significados que deles emergem. (Valsiner, 2012) Partindo desse pressuposto, pode-se analisar a relação entre processos afetivos e significados na trajetória de Beatriz. Ao longo da sua narrativa fizeram-se presentes alguns indícios de uma tentativa de minimizar ou negar a gravidade das complicações gestacionais experienciadas, bem como de substituir um bebê perdido por outro, o mais breve possível, colocando a sua própria vida em risco. Também sobressai o discurso repleto de risos, como se a história narrada fosse cômica, em vez de triste. Tais elementos parecem indicar um processo de luto não realizado ou o não reconhecimento afetivo dos riscos e das perdas experienciadas. O relato a seguir ilustra a tentativa de negar ou minimizar os riscos à gestação e à própria vida, a partir da construção de significados para uma situação de imaginária normalidade:

> *Eu fiquei em casa aguardando chegar os exames, mas aí começava, 'né', pressão alta, o inchaço persistia, dor de cabeça e tudo, mas assim, só mais esses sintomas, e a gente ouvindo conversas de idosos, minha vó que antigamente falava, a mulher quando 'tá' grávida e incha muito, dizem que vai ter um parto bom, só que hoje em dia não tem mais isso, 'né', aí, sei lá, acho que pensava muito nessa parte, e também eu não sentia nada além disso. Então, já que o bebê está mexendo bem, ele mexia muito, "Ah, então bebê que mexe é um bebê saudável", aí eu fiquei despreocupada, mas quando chegou o dia de eu fazer o pré-natal, eu fui e o médico não ouviu mais os batimentos, aí foi aquele choque pra gente, porque a gente tinha tudo prontinho, quarto todo pronto.*

As intercorrências em uma gestação consistem em uma situação crítica que exige a construção de algum significado generalizado que, de algum modo, reduza a ambivalência diante dos acontecimentos, promo-

vendo algum tipo de ação. No exemplo descrito acima, Beatriz parece negar a possibilidade de que os sintomas que sente representem alguma complicação gestacional importante, mas, ao contrário, recorre à bricolagem de alguns significados a fim de amenizar a gravidade da situação. Assim, integra em sua narrativa os ditos de sua avó – resgatados de um diferente contexto e momento histórico –, cuja crença explicava que o inchaço na gravidez era um indício de um bom parto. Relacionado a esse significado está à crença médico-popular de que bebê em movimento no útero materno é um bebê saudável. Com esse mosaico de diferentes representações, Beatriz consegue reduzir a ambivalência intrapsicológica, argumentando para si mesma que tudo estava bem. Porém, não consegue mudar o rumo dos acontecimentos, cujos sintomas, na verdade, compunham um diagnóstico de pré-eclâmpsia, que culminaram na morte do bebê no último trimestre de gestação e coloram em risco a sua própria vida – acontecimentos estes tomados como surpresa por Beatriz, que, contrariamente, esperava o nascimento de um bebê saudável, a partir de um parto tranquilo.

Seguindo nessa direção, também chama a atenção a narrativa construída sobre a primeira experiência de perda gestacional – que remete à lembrança da sua filha morta –, e sua reação emocional, isto é, o riso. Tal reação parece incompatível com o conteúdo abordado no relato, pelo menos quando contextualizamos esse discurso dentro da nossa cultura, que relaciona a morte à tristeza. A história contada parece desprovida de emoção, o que pode sugerir que Beatriz ainda não tenha se defrontado com a perda que teve, a qual não é possível substituir: "*Da primeira [gravidez] eu vi, eu vi o bebê, 'tava' perfeito, parecia até que tava dormindo, muito bonitinha* [risos]".

Beatriz relata sentimentos de "tranquilidade" no momento em que foi constatada a morte do bebê, bem como durante o parto, refletindo certa inadequação desta reação emocional para com a situação: "me surpreendi comigo mesma". Além disso, relata que sua percepção, ao ver o bebê morto, foi a de considerá-lo como se estivesse vivo, "dormindo". Também refere que, após a perda, localizou o bebê perdido em outro

bebê (filho de uma vizinha), que considerou muito parecido com a filha perdida. Todos esses aspectos parecem revelar não só uma notável ausência de pesar, como também de um não reconhecimento afetivo da perda, como ilustram os relatos que se seguem:

> *Olha, eu me surpreendi até comigo mesma, porque eu fiquei até muito tranquila, muitos, também médicas, enfermeiras 'achou' que pelo fato de eu 'tá' na minha primeira gravidez, você passar por esses problemas todo, eu fiquei muito tranquila, passei pelo parto, tudo, foi assim uma situação que eu fiquei muito tranquila, nem parecia que tava acontecendo isso tudo comigo.*

> *Até um tempo atrás, eu, por incrível que pareça, tinha uma vizinha minha, que assim que a menina chegou no dia seguinte, na semana seguinte, que... quando ela entrou, se fechasse os olhos era o mesmo que eu tivesse vendo o meu bebê, muito parecido, aí fiquei com aquilo na mente, 'né', aquela fisionomia dela... se parecia com essa menina, sempre que eu via essa menina me lembrava.*

Outro aspecto importante consiste na persistência em nomear o próximo filho – ao qual Beatriz espera que seja do sexo feminino – com o nome escolhido para o primeiro bebê perdido: "*Ester seria o nome da minha filha, então de fato permanece, se eu tiver uma menina será uma Ester de novo*. [risos]".

O caso Beatriz, assim, parece ilustrar uma situação na qual há a negação da morte. Há a negação da perda como algo irreparável, que não pôde ser evitada no passado, bem como não poderá ser reparada no futuro. Do mesmo modo, há a negação da possibilidade dessa perda voltar a se realizar no futuro, alicerçada principalmente pelo discurso biomédico e suas promessas de certeza, pautadas no avanço tecnológico.

Deste modo, Beatriz constrói o significado de que a perda é passível de ser recuperada, em um futuro próximo, caso o casal alcance algumas condições consideradas imprescindíveis, tais como: ser acompanhada pelos melhores médicos especialistas, cujos serviços privados – de elevado custo –, estejam inseridos no mercado de uma grande cidade. E assim, ao mesmo tempo em que experiencia no corpo, no momento presente, a morte de um bebê, seus pensamentos e sentimentos já estão

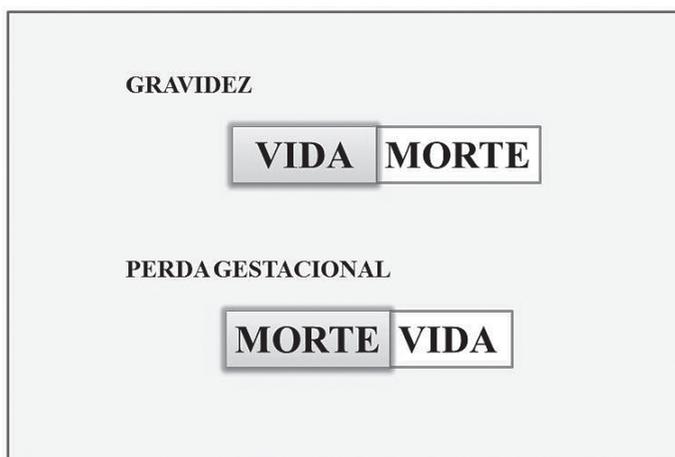
projetados para o futuro, no planejamento de uma nova gravidez. Há a construção do significado de que é possível recuperar seu projeto inicial de vida, recuperar a sua filha Ester, sem conseguir dar-se conta que essa reparação é da ordem do impossível – dada a natureza do tempo que é irreversível.

Assim, analisando mais detidamente o processo de construção de significados empreendido por Beatriz, outros elementos precisam ser considerados. Afinal, Beatriz relata que a circunstância da morte lhe desperta afetos dos quais não consegue expressar exatamente em palavras: "*não sei direito explicar*". Porém, na construção narrativa realiza o esforço reflexivo, semioticamente ancorado, de circunscrever esse afeto negativo em termos de emoção, que denomina de "pavor": "*tenho pavor de pessoas que morrem*".

No que pese esse intenso afeto negativo relacionado à morte, as perdas gestacionais experienciadas ocorreram dentro do seu próprio corpo, sem que houvesse qualquer alternativa concreta – como a esquiva, por exemplo – de evitar deparar-se com algo que lhe desperta profunda aversão. Nesse momento, porém, certo mecanismo psicológico de autoproteção parece ser acionado. E Beatriz, então, realiza a tentativa de negar a morte, a perda já consolidada. E isto ocorre em termos afetivo-semióticos: age e sente como se o bebê não tivesse morrido ("*parecia até que estava dormindo*"), recusa-se a tocar em seu corpo gelado e abdica de participar do ritual fúnebre realizado pelo marido. A veracidade da morte é colocada em questão e compartilhada pelo marido, que ao ver a filha no caixão, reforçou a ideia da aparência viva do bebê:

> *Quando eu vi o bebê, eu não consegui segurar, eu senti assim, não sei direito explicar, mas eu não consegui segurar... colocou no meu lado, eu ainda cheguei a tocar na mãozinha, mas pegar no colo e tudo eu não consegui... eu não consegui nem chorar... aquele rostinho redondo e tudo... pelo fato de ter nascido logo muito perfeita, não parecia estar deformada, nem nada, então muito perfeita... [No enterro, quando o marido abre o caixão] ele falou que nem parecia que 'tava' morta, parecia que 'tava' dormindo, não 'tava' inchada, 'tava' muito bonita, ele falou que ela 'tava' perfeita, ele até ficou na dúvida: 'Será que realmente ela 'tá' morta ou não?'.*

Toda construção de significados envolve signos de natureza dual – que consistem do núcleo A e seu contexto interdependente imediato não-A – formando um todo complexo. O não-A é a sua negação ou o seu oposto. (Cabell & Valsiner, 2011; Valsiner, 2012) Assim, por exemplo, quando uma mulher engravida pode-se delinear a construção de significados em torno da vida (núcleo A), com sua contraparte não-A, a morte (ver Figura 17). A ocorrência de um aborto ou uma perda gestacional inverte essa dominância: a morte torna-se o núcleo desse complexo de significados, enquanto a vida a sua contraparte, o contexto.

Figura 17 – Complexo de significados na gravidez e perda gestacional

Fonte: elaboração da autora.

No caso analisado, um dos componentes do campo de construção de significados – a morte – aparece temporariamente em suspenso, enquanto que Beatriz esforça-se vigorosamente para que a vida se realize. Planeja minuciosamente a próxima gestação, pesquisando sobre o assunto na internet, informando-se a respeito do tratamento médico e do especialista que poderá recorrer, juntando, moeda por moeda, os recursos financeiros para concretizar seus planos. Porém, a condição de infertilidade, após sua terceira perda gestacional e tratamento médico

especializado, precipita a crise que tanto buscou evitar: reconhecer a ocorrência da perda e a impossibilidade de sua reparação.

Assim, o processo de luto ou processo afetivo-semiótico de reparação da ruptura que até então não havia sido experienciado em sua plenitude – pelo não reconhecimento do caráter definitivo da perda – parece avançar, desencadeado por essa situação de crise. Nesse sentido, na segunda entrevista realizada com Beatriz, houve a expressão, em alguns momentos, de outro tipo de emoção – a tristeza – manifestada através do choro. Em um desses momentos, ela relatava sobre a reação da sua mãe com a perda do último bebê, refletindo sobre o papel materno que, para ela, relaciona-se à proteção do filho. Nesse instante, então, ela chora e faz referência às mudanças em seu modo de sentir, pensar e agir em decorrência do reconhecimento da perda irreversível:

> *Ela (a mãe) ficou também muito, muito triste, que ela sempre falava que ela queria passar por tudo, ela queria assim, se pudesse, sentir todas as dores do mundo só pra 'mim' não sentir [risos], então ela ficou assim, porque ela é daquele jeito de mãe muito protetora, que não quer que o filho 'sente' dor nenhuma, não sinta tristeza nenhuma, então ela... aí ela... posso falar, ééé... [silêncio/chora]... desculpa [riso]... é, ultimamente 'tá' sendo difícil pra mim... porque assim, eu sempre, desde a primeira gravidez, 'né', como eu falei que eu chorei muito, e tudo, mas eu chegava em casa, meu marido, ele aparentemente parecia que sofria mais que eu, mas pra mim era como se a ficha não tivesse caído, a partir de um mês, um mês e pouco, eu sentia aquele vazio, aquela coisa toda, então aí eu percebia aquela perda que eu tinha, que eu tinha tido. O que aconteceu também na última gravidez, 'né', eu cheguei em casa depois não parecia aquela tristeza toda, mas com o tempo, depois que eu fui começar a sentir, e agora.*

> *E ultimamente, assim, antes eu não me sentia tão sensível, tem momentos que eu me sinto, às vezes, eu choro por bobagem, alguma coisa assim, eu posso ouvir uma música, principalmente evangélica, 'né', às vezes dá aquele vazio, aquela perda, aquela sensação de perda, 'né', então, assim, sem mais nem menos eu começo a chorar. Já antes, eu não era desse jeito, eu até era muito forte, eu até me surpreendia, 'né', por tudo que eu passei e 'tá' tão forte assim, 'né', só que ultimamente, às vezes, a gente não aguenta [risos].*

Entre as reações emocionais precipitadas pelo reconhecimento da perda destacam-se um elevado nível de ansiedade, crises de choro sem motivo aparente, irritabilidade, agitação, nervosismo e raiva – geralmente dirigida ao marido: "*Eu fico tão irritada com ele, às vezes, eu falo coisas que não devia, às vezes sou ignorante às vezes com ele (o marido)... Então essa raiva veio sem mais, sem menos, porque ele não me fez nada... o problema todo está em minha cabeça*". Conforme Parkes (1998), os traços mais característicos do processo de luto são episódios agudos de dor, com muita ansiedade e dor psíquica. Além disso, tanto a raiva quanto à irritabilidade estão relacionadas à fase inicial do luto. Vale ressaltar que foram esses os sintomas que levaram Beatriz a buscar um atendimento psicológico. Afinal, havia o significado coconstruído com profissionais de saúde de que tais sintomas – em especial a ansiedade – poderiam estar relacionados com a condição de infertilidade. Então, com o objetivo de aplacá-los, para que conseguisse engravidar novamente, Beatriz recorreu a um atendimento psicológico.

Trajetórias não realizadas: sombras do passado no presente e futuro

Conforme Valsiner (2012), as pessoas sentem prospectivamente. Ou seja, antecipam afetivamente o futuro, como um modo de ter algum controle, criar alguma estabilidade diante da imprevisibilidade do próximo e inédito instante da experiência. E é essa predição imaginativa e afetiva do futuro que orienta a pessoa no momento presente. "A experiência humana está constantemente dirigida para o futuro, numa pré-adaptação frente à incerteza desse futuro". (Valsiner, 2012, p. 258) O esforço humano em direção a esse desconhecido, criando novidade, é um aspecto inevitável do ser humano – "um ato de cruzar fronteiras". (Valsiner, 2012) Nesse processo de sentir à frente há uma coordenação com o passado de dois tipos: o que realmente aconteceu e o que poderia ter acontecido (mas não aconteceu). Do mesmo modo, há trajetórias possíveis no futuro: potencialidades e possibilidades. Logo, a perspectiva da psicologia cons-

trutivista semiótico-cultural defende uma orientação do passado para o futuro. (Cabell & Valsiner, 2011)

Em alguns momentos da sua narrativa, Beatriz retoma seletivamente o passado e, através da função semiótica da imaginação, reflete sobre o que poderia ter sido caso os bebês que morreram estivessem vivos. Estas trajetórias potenciais do passado, denominadas por Bastos (2012) como trajetórias sombra – apenas possíveis no momento presente através da imaginação –, a levam a refletir sobre um presente alternativo (no qual seria mãe de duas crianças). O contraste ou a tensão entre o presente real (o que é, ou seja, não ser mãe, não ter filhos) e o presente alternativo (o que poderia ter sido, ou seja, mãe de dois filhos) aparecem na narrativa projetados para o futuro: preocupa-se em recuperar o quanto antes aquilo que deveria ter, mas ainda não tem. Preocupa-se com a sua idade (antes tão jovem e no momento atual a percepção de estar ficando "velha") e essa tensão modifica o presente e a perspectiva de futuro, fazendo-a refletir sobre as trajetórias não realizadas:

> *Então eu vou tentar novamente pra ter logo a minha graça, porque eu fico assim muito ansiosa pelo fato de pensar, antigamente eu tinha os meus amigos que engravidaram junto comigo... que têm agora crianças mais ou menos na mesma idade [que] seria da primeira, cinco anos, aí só em pensar em ver elas com os filhos e eu por enquanto ainda sem nenhum, aí me dá mais ansiedade... Eu já estou me achando muito velha agora... na época em que eu engravidei pela primeira vez eu tinha 22 anos, agora eu tenho 28. Então eu penso, se eu tivesse um filho eu 'tava' com um filho de quase 6 anos... Eu vejo sempre as minhas amigas, eu tenho até uma amiga que engravidou na mesma faixa que eu, na primeira, ela já 'tá' com filho, a minha era menina, o dela menino, de 5 a 6 anos, a mesma faixa etária, a diferença é de meses, e ela depois engravidou, também, perto da que eu engravidei dessa última vez, então ela ta também com uma menina de quase dois anos. Então eu já fico, quando eu vejo ela, eu já fico, eu fico pensando: 'Olha, eu também já poderia estar com dois", então sempre quando eu vejo aquelas minhas amigas, aquelas crianças que nasceram na mesma época das minhas, que era para nascer, aí eu já fico naquele pensamento: 'Por que que eu também não estou com os meus agora?', então aí, as vezes já me preocupa um pouco.*

Deste modo, Beatriz seletivamente relembra o passado, combinando essas memórias com desejos imaginados e projetados para o futuro. Reconstrói o passado mudando simultaneamente a perspectiva de futuro e promovendo a emergência de um sentimento de urgência – expresso em ansiedade – no momento presente, para realizar a trajetória da maternidade. Essa são as dualidades presentes em sua narrativa: a tensão entre o que é (presente real) e o que poderia ter sido (passado potencial/trajetória sombra), bem como entre o que é e o que ainda não é, mas pode vir a ser (futuro potencial imaginado). Tais dualidades orientam o seu desenvolvimento em direção à maternidade.

O sagrado da maternidade: promotor dos modos de sentir, pensar e agir

O mundo subjetivo das pessoas configura-se como uma "totalidade complexa da experiência imediata" que está constante e dinamicamente mudando. (Valsiner, 2012, p. 256) Assim, os processos semióticos que as pessoas introduzem nas próprias vidas são guiados no sentido de orientar e regular esse fluxo para alguma direção selecionada no futuro. (Valsiner, 2012) No caso de Beatriz, a direção selecionada no futuro é a maternidade – ela age e sente para o futuro, nessa direção.

Através da narrativa de Beatriz, pode-se notar que a maternidade consistia em uma meta futura que havia planejado concretizar quando completasse 30 anos de idade. Deste modo, houve a construção de uma fronteira simbólica – estabelecida a partir do critério da faixa etária –, bem como dos significados "nova" (antes dos 30 anos) e "velha" (depois dos 30 anos) para tornar-se mãe. Porém, a primeira gravidez, não planejada, ocorreu quando tinha apenas 22 anos de idade, momento em que se considerava ainda muito jovem para ter um filho. Logo, ao engravidar, cruzou a fronteira dentro de sua própria cultura pessoal, para aquilo que havia planejado. Apesar da ocorrência do não planejado, a gravidez precoce foi afetivamente experienciada com certa alegria. Entretanto, a experiência involuntária de uma perda gestacional tardia

– no último trimestre de gravidez – levou à emergência de um sentimento de urgência em relação à gravidez – destruindo a fronteira etária simbólica previamente construída. A emergência desse sentimento de urgência esteve principalmente relacionada com a sensação física dos movimentos fetais dentro do próprio corpo, mas também com a antecipação futura do contato com o bebê vivo e o reconhecimento de continuidade de algo seu (traços físicos) em uma nova geração, conforme ilustra o relato a seguir:

> *Aí eu quis de novo, porque só aquela sensação da gente sentir o bebê mexendo dentro da gente, a sensação de ter um bebê no colo, de saber que é nosso, ter as características nossas, aí eu falei 'Ah, não, não vou mais aguentar esperar tanto tempo, então se Deus me mandou antes do planejado, então eu vou tentar novamente pra ter logo a minha graça'.*

Deste modo, a experiência corporal dos movimentos fetais permitiu a Beatriz sentir em seu próprio corpo a maternidade, sendo tomada por essa sensação, por esse signo hipergeneralizado – carregado de afeto. Como se o sagrado da maternidade – a potencialidade feminina de dar à luz, de criar a vida, como se fosse um semideus – a tivesse tomado, guiando seus pensamentos, sentimentos e condutas.

Considerando, porém, que a construção de significados envolve signos de natureza dual, o signo maternidade (núcleo A) precisa ser considerado juntamente com a não maternidade (não-A). Ou seja, ao mesmo tempo em que o signo maternidade remete ao significado de gerar a vida, também apreende o significado de gerar a morte – que desperta em Beatriz a emoção por ela denominado de "pavor". O sentimento associado com ambos (vida e morte) acontece em uma fronteira. Como parte da vida há a morte, ambos formando um todo complexo, ainda que, ao mesmo tempo, a morte seja o oposto da vida.

Deste modo, o sagrado da maternidade é um campo afetivo hipergeneralizado. Um sentimento devastador, intenso, sentido em suas entranhas com os movimentos fetais, que leva à emergência de um estado afetivo do tipo: "estou sentindo algo que eu não consigo especificar o que é".

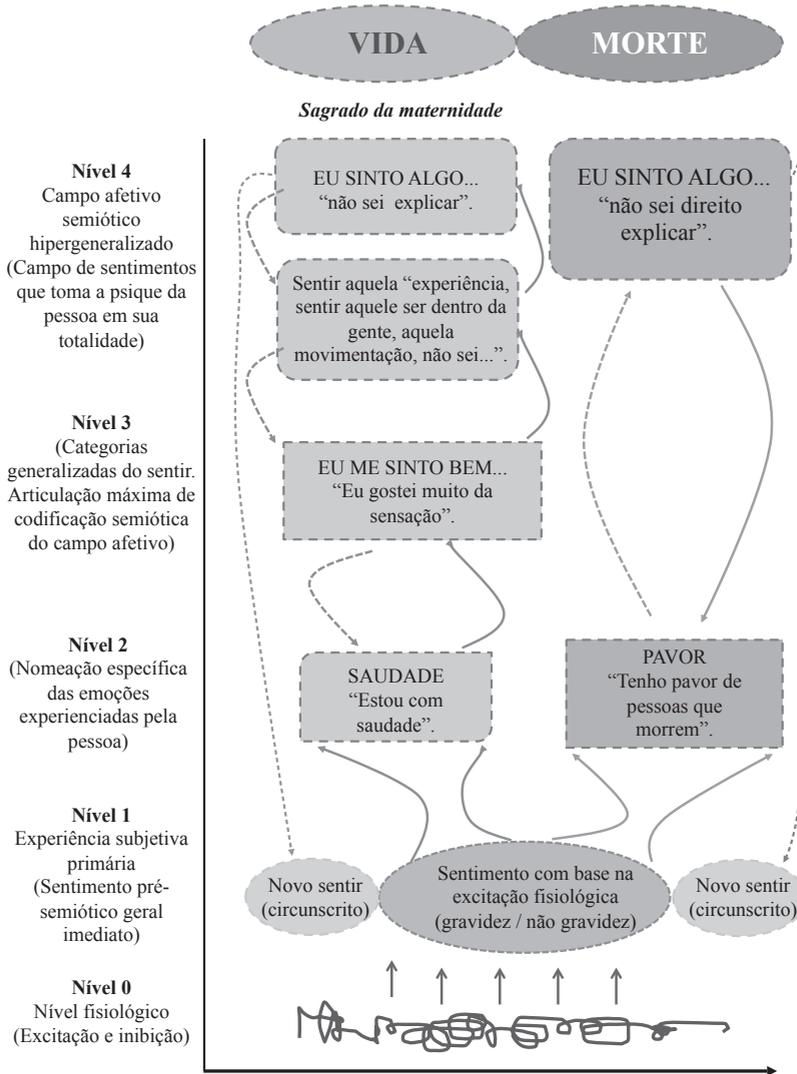
Eu acho que pela experiência, é só a gente sentir aquele ser dentro da gente, aquela movimentação, não sei, eu fiquei com vontade de sentir isso de novo e ter nos meus braços viva, 'né', depois de nascer e tudo, porque por essa parte eu ainda não passei [risos]. Eu já senti, eu gostei muito da sensação de ter o bebê mexendo e tudo, aquela coisa toda na gente, eu gostei muito. Aí falei não, 'tou' com saudade, eu quero agora tentar de novo, e ter um filho.

Conforme Valsiner (2012), pode-se considerar a existência de uma hierarquia dos níveis de mediação semiótica dos processos afetivos com diferentes níveis de generalidade. Os fenômenos da afetividade "[...] estão organizados em diferentes níveis, desde aqueles situados próximos aos processos fisiológicos imediatos, até os hiperabstratos e supergeneralizados dos sentimentos totais". (Valsiner, 2012, p. 260) No nível mais alto de generalização, os sentimentos mediados por signos são indiferenciados. Nesse sentido, "a pessoa 'simplesmente sente' algo, mas não consegue colocar tal sentimento em palavras". (Valsiner, 2012, p. 261) Trata-se de um sentimento hipergeneralizado, semioticamente mediado, ao qual o discurso racional sobre as emoções está subordinado. Um exemplo de fenômeno afetivo de ordem superior são os valores, entendidos como "[...] recursos humanos básicos de orientação afetiva ontogeneticamente internalizados; porém, sua externalização pode ser observada em diversos aspectos da conduta humana [...] [São] campos semióticos dinâmicos". (Valsiner, 2012, p. 262) Na medida em que os valores alcançam a condição de hipergeneralizados, eles não podem mais ser facilmente verbalizados. Apesar disso, as pessoas podem agir de modo decisivo, direcionadas por seus valores. O tornar-se mãe, deste modo, pode ser considerado um valor, internalizado ao longo da trajetória de vida e intensificado ou despertado pela experiência de uma perda gestacional.

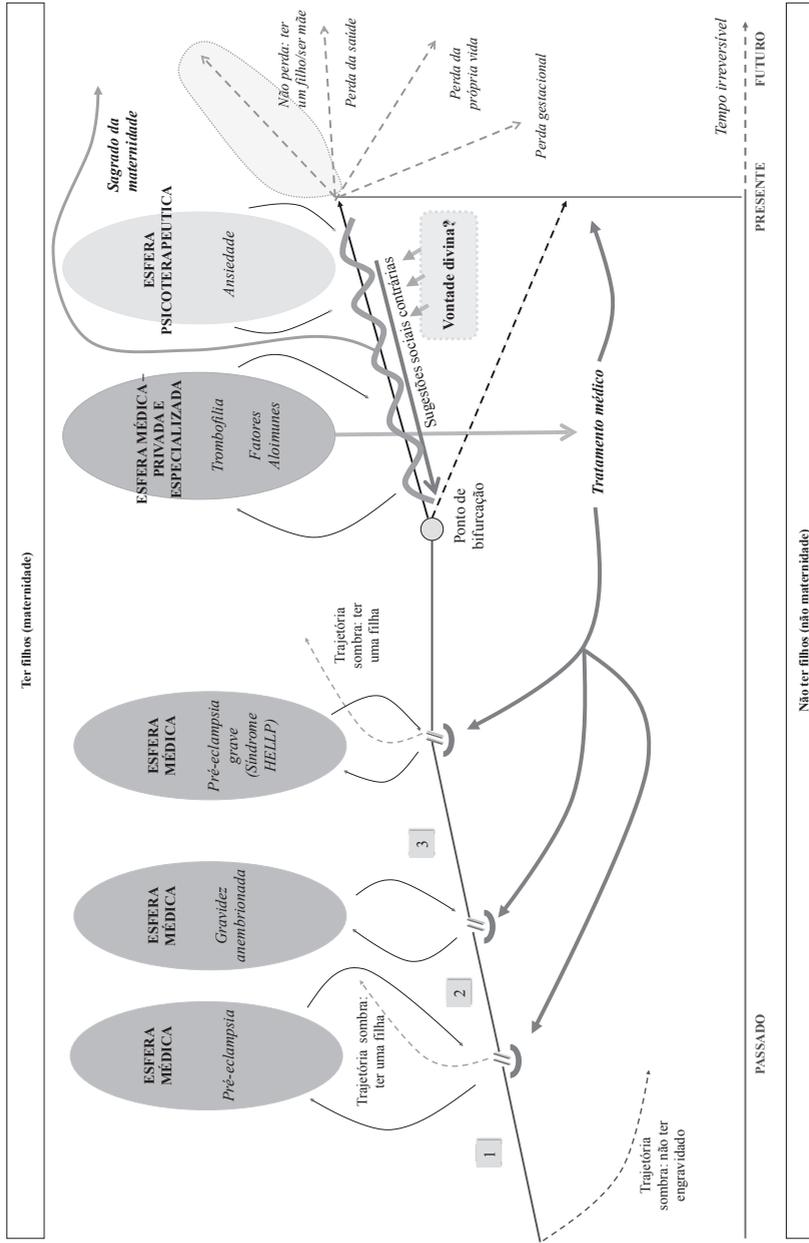
Os campos afetivos do tipo superior regulam a experiência em sua totalidade. E, uma vez que um signo do tipo campo, de caráter afetivo, se torne hipergeneralizado, ele "colore" cada nova experiência de uma pessoa. Conforme Valsiner (2012, p. 262), "[...] um fluxo de sentimento generalizado assume a direção do mundo intrapsicológico desta pessoa, começa a controlar as suas ações concretas e a enfraquecer qualquer esforço em contrário".

Assim, ao longo da trajetória reprodutiva de Beatriz, houve a emergência de um sentimento avassalador: sentir outra vida desenvolver-se e manifestar-se dentro de si. Sentir no próprio corpo o sagrado da maternidade. Tal sentimento parece indicar que o campo afetivo tornou-se indiferenciado – resultado da abstração extensiva das emoções e de sua supergeneralização, para sentimentos gerais: "*...sentir aquele ser dentro da gente, aquela movimentação, não sei, eu fiquei com vontade de sentir isso de novo*". Deste modo, conforme ilustra a Figura 18, os campos de afeto ligados à maternidade cresceram, tornaram-se mais amplos e passaram a abranger campos hipergeneralizados. Por sua vez, os campos de afeto ligados à morte se afunilaram em direção ao estado do tipo ponto, exemplificado pela categoria de emoção específica denominada "pavor". Uma emoção que, apesar de intensa, tornou-se circunscrita, acessível à verbalização e à cognição.

Assim, o sagrado da maternidade – sentido nas entranhas do seu próprio corpo – funciona como um signo promotor. Um signo abstrato, que funciona como um guia de toda a gama de construções possíveis no futuro. (Valsiner, 2012) Mas, além desse poderoso signo promotor, outros signos revelam-se em operação – que denominaremos neste trabalho de signos reparadores (analisados mais detidamente no próximo capítulo). Isto é, são signos construídos no momento presente, que reparam a ruptura precipitada no passado e orientam a pessoa em direção ao futuro. No caso Beatriz, bem como em alguns dos outros casos analisados ao longo deste trabalho, os signos reparadores foram extraídos da esfera médica, como por exemplo, o signo "tratamento médico especializado". Afinal, esse signo ofereceu um significado para as perdas gestacionais experienciadas no passado – ou seja, as perdas ocorreram, pois Beatriz não teve acesso ao tratamento médico especializado; assim como para as trajetórias potenciais a serem experienciadas no futuro – quando tiver acesso a esse tratamento, não ocorrerão mais perdas gestacionais; a morte não se sobressairá à vida, mas a vida dominará a morte. E enfim, conseguirá alcançar a experiência idealizada da maternidade – do sagrado da maternidade –, que a orienta para o futuro.

Figura 18 – Processo de generalização e hipergeneralização na regulação afetiva do fluxo da experiência

Fonte: elaboração da autora.

A Figura 19 ilustra os principais aspectos analisados da trajetória reprodutiva de Beatriz, com ênfase para as estratégias semióticas para a construção de continuidade e manutenção da posição Eu-mãe após a terceira perda gestacional.

Figura 19 – Trajetória Reprodutiva de Beatriz

Fonte: elaboração da autora.

CAPÍTULO 8

Construindo continuidade frente a sucessivas rupturas: estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self*

Perdas gestacionais involuntárias: descontinuidades no desenvolvimento do *self*

A experiência de uma perda gestacional involuntária é entendida neste trabalho como ruptura, tanto no sentido da gestação em desenvolvimento, daquilo que se esperava e que estava na iminência de acontecer (o tornar-se mãe e o nascimento de um bebê), mas também no sentido de descontinuidade do desenvolvimento do *self* (entendimentos e expectativas que vinham sendo construídos acerca de si e do mundo). Deste modo, todo o sistema de significados que estava sendo construído sobre o curso da gravidez é bruscamente interrompido por sua não realização. Em outras palavras, a expectativa é violada pela ruptura e encerramento de uma trajetória que faz, por sua vez, iniciar outra, a da tentativa de elaboração de sentido da perda gestacional e o não tornar-se mãe de uma criança. Nesse sentido, argumenta-se que quando a trajetória de vida de uma pessoa sofre uma inesperada interrupção há a emergência de uma percepção ampliada de incerteza frente ao futuro e a intensificação da ambivalência – eventos que se configuram como ruptura, como descontinuidade no sistema do *self*. Com efeito, a experiência recorrente deste tipo de ruptura significativa exige processos constantes de reposicionamento do *self* a fim de melhor entender e dar sentido ao ocorrido.

Durante períodos de transição no desenvolvimento humano – como quando alguém está tentando reparar e resolver uma ruptura existencial –, faz-se necessária a construção de algum significado pessoal de modo a investir simbolicamente a pessoa de poder, permitindo-lhe reassumir o controle sobre sua narrativa pessoal, que frequentemente torna-se caótica e incerta devido à constante exposição às perdas gestacionais e seus efeitos psicologicamente angustiantes. Isto possibilita a redefinição da

identidade, envolvendo a construção e a mobilização da representação de si mesmo no passado e de possíveis "*selves*" no futuro, em um determinado contexto sociocultural. (Zittoun, 2004)

Com o propósito de construir um senso de continuidade, de integridade e consistência através da experiência de rupturas recorrentes ao longo da trajetória de vida, dá-se uma busca psicológica de autopreservação do *self* dessas mulheres – por meio do que denominei estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self*. Tais estratégias ao serem utilizadas, levam à construção de signos específicos – os signos reparadores –, que operam sobre os fragmentos da trajetória interrompida, promovendo algum tipo de articulação entre esses fragmentos, resgatando certo senso de continuidade.

Antes, porém, de aprofundar as noções conceituais relativas às estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self* e signo reparador, faz-se importante descrever e analisar a natureza específica das perdas gestacionais de repetição.

A natureza das perdas gestacionais

As rupturas ocasionadas por perdas gestacionais recorrentes apresentam algumas características particulares. Em primeiro lugar, abortos espontâneos são frequentemente considerados perdas ocultas, na medida em que são muitas vezes desconhecidos de outras pessoas ou não reconhecidos, considerados como não eventos. Nesse sentido, são rupturas que levam a transições não normativas (Cowan, 1991), isto é, transições não esperadas pessoal e socialmente. Com efeito, não contam com o suporte sociocultural no nível mesogenético da experiência. (Valsiner, 2012) Isto significa que tais experiências de perda não são guiadas pela estrutura mesogenética coletiva-cultural, ou seja, não sofrem a canalização dentro de contextos de atividade culturalmente estruturados, havendo a ausência, por exemplo, de rituais fúnebres, como o velório e o enterro – atividades que ajudariam à mulher e sua família a tornar a perda real, facilitando o processo de luto. Assim, sem

o apoio no nível mesogenético da experiência, as perdas gestacionais têm um grande impacto sobre o nível ontogenético, isto é, sobre o desenvolvimento do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, representando uma ameaça à saúde mental da mulher.

Em segundo lugar, perdas gestacionais são eventos que interrompem acontecimentos importantes no sistema familiar: o desenvolvimento da gravidez, o nascimento de um bebê, o exercício da parentalidade. São rupturas no desenvolvimento de algo muito significativo, que envolve signos hipergeneralizados como maternidade, filiação e família – signos muitas vezes internalizados como valores pessoais (para além de valores socioculturais), que guiam e organizam a conduta, o pensamento e os afetos humanos. (Valsiner, 2012) Deste modo, configuram-se em experiências profundamente afetivas.

Por fim, as perdas gestacionais são eventos involuntários que se repetem ao longo das trajetórias reprodutivas de mulheres que persistem na tentativa de se tornarem mães, engravidando novamente a despeito dos riscos de uma possível nova perda. São rupturas recorrentes ao longo da trajetória de vida, que desafiam incessantemente a possibilidade de manutenção da posição Eu-mãe – posição do Eu relevante para essas mulheres –, a partir da perspectiva do *self* dialógico. (Hermans, 1996; Hermans & Hermans-Jansen, 2003) Nesse sentido, tais rupturas exigem a confrontação repetida de aspectos importantes de suas identidades, como aqueles relacionados ao empoderamento feminino – ao poder da mulher relacionado à sua liberdade de decidir e controlar o seu próprio destino, da autonomia no que se refere ao controle do seu próprio corpo e da sua sexualidade.

Estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self*

As estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self* são a expressão de um esforço contínuo de autorregulação semiótica da mente, mediante eventos que provocam ruptura no sistema de significado pessoal-cultural, com a finalidade de manutenção da saúde psíquica

do indivíduo. O processo de constituição das estratégias semióticas de reparação pode ser decomposto em três tempos, que ocorrem quase que simultaneamente:

Tempo 1: Há a ocorrência de um evento disruptivo irreparável, que rompe súbita e definitivamente o que era imaginado e esperado acontecer no futuro próximo ou imediato (ruptura temporal), como a ocorrência de uma perda gestacional. A ruptura temporal pode ser acompanhada por outros tipos de rupturas, como a ruptura do laço afetivo semiótico com outro significativo, como, por exemplo, de uma mulher com o seu bebê natimorto. Ruptura que "[...] se situa [...] no espaço imaterial de um poderoso laço de amor" (Násio, 2007, p. 31) (ruptura afetiva semiótica).

Tempo 2: Há a emergência de um tumulto interno desencadeado pela ruptura. Rupturas externas provocam rupturas internas relacionadas ao sentido do *self*, ameaçando certo senso de continuidade e de identidade: sentidos acerca de quem se era, de quem se é, e de quem será. A ampliação da incerteza face ao futuro que pode abalar as pontes de sentido constantemente construídas pelos indivíduos entre o passado, presente e futuro. (Abbey & Valsiner, 2004) A autopercepção do transtorno interno gerado pela ruptura que pode suscitar sofrimento interior e desorientação mental.

Tempo 3: Há a reação defensiva do *self* para proteger-se do tumulto interno causado pela ruptura, a fim de resgatar um senso de integridade. O *self* enquanto um intérprete produz esforços na tentativa de traduzir as rupturas em termos simbólicos, conectando os fragmentos da trajetória de vida subitamente interrompida. O *self* luta para se reencontrar, para se reerguer e, para isso, reúne suas forças com o propósito de autorreparação, lançando mão de estratégias semióticas de reparação dinâmica, criando e fazendo uso de uma miríade de signos (signos reparadores), que podem ser sobrepostos, com o propósito de reparar a conexão entre o passado e o presente, construindo um sentido de futuro possível.

Em suma, quando uma mulher experiencia uma perda gestacional involuntária – uma ruptura significativa que não era esperada aconte-

cer – faz-se necessário que algum significado generalizado, ainda que provisório, seja construído para fornecer uma síntese, unidade e alívio. No entanto, pode-se argumentar que a experiência recorrente de rupturas significativas requer um tipo particular de processo semiótico – as estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self*. Estas estratégias, ao serem utilizadas, levam à construção de signos específicos – os signos reparadores –, que têm o poder de realizar algum tipo de conexão dos fragmentos da trajetória interrompida, construindo alguma articulação entre esses fragmentos e resgatando certo senso de continuidade. Entretanto, o esforço empreendido pelas mulheres em construir os signos reparadores exige tempo. Tempo que corresponde ao período de transição não normativa ou, mais especificamente nesse caso, ao processo de luto – um processo afetivo-semiótico de reparação desencadeado após a ocorrência de uma ruptura e perda significativa no curso de vida, como é o caso das perdas gestacionais involuntárias.

Signos reparadores

Com base no Modelo de Equifinalidade de Trajetórias (Sato, et al., 2012; Sato, Hidaka, & Fukuda, 2009), a percepção de que uma mulher está grávida fornece a base para a emergência de uma nova trajetória na qual algo é esperado e está na iminência de acontecer: ter um filho e tornar-se mãe. No caso das mulheres com perdas gestacionais recorrentes, esta expectativa é violada, repetidas vezes, pela realização de outra trajetória marcada pela perda gestacional e perda da maternidade. A trajetória reprodutiva dessas mulheres, assim, sofre importantes rupturas ao longo do tempo, tornando-se descontínua e fragmentada. A fim de restabelecer a continuidade, é preciso que os seus fragmentos sejam novamente conectados, "amarrados" uns aos outros – promovendo a reparação do sistema de significados do *self*. Esta é a função do signo que denominamos de signo reparador – que precisa ser construído, inventado e utilizado pelo *self*, através do envolvimento da pessoa em diferentes esferas contextuais da vida após rupturas significativas e recorrentes.

Os signos reparadores operam sobre as rupturas sucessivas no curso de vida e promovem a emergência de novos significados no momento presente, a reconstrução de significados atribuídos às experiências no passado (perdas gestacionais prévias) e nova orientação para a gama aceitável de construções de significados orientados para o futuro, conectando passado e futuro no presente. Relançando-os em uma nova narrativa, sempre singular – e, de certo modo, unificada e coerente – acerca de si mesmo, da sua própria vida e do seu próprio "destino".

As Figuras 20 e 21 consistem em uma tentativa de representação geral/abstrata do processo através do qual operam as estratégias de reparação dinâmica do *self* ao longo do tempo irreversível.

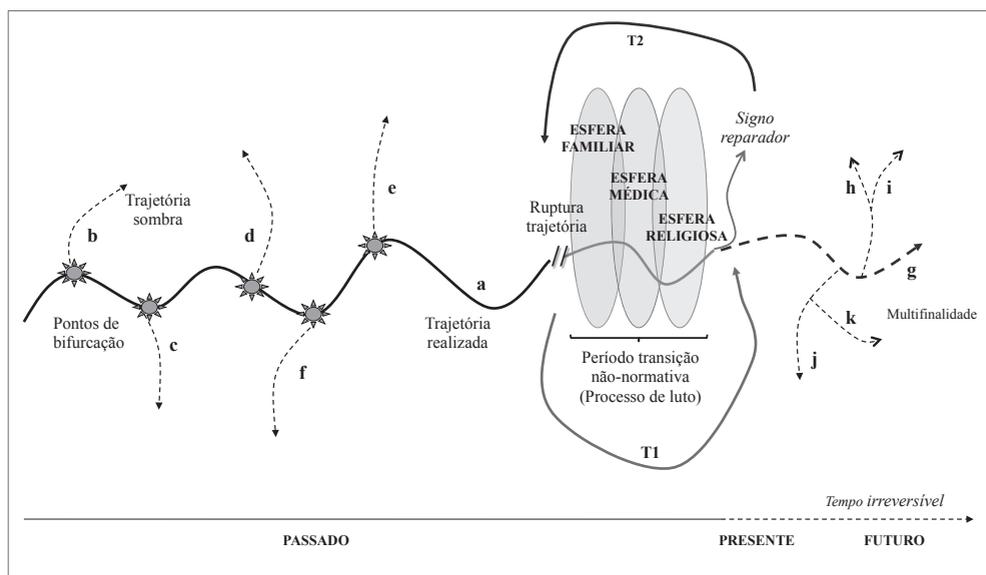
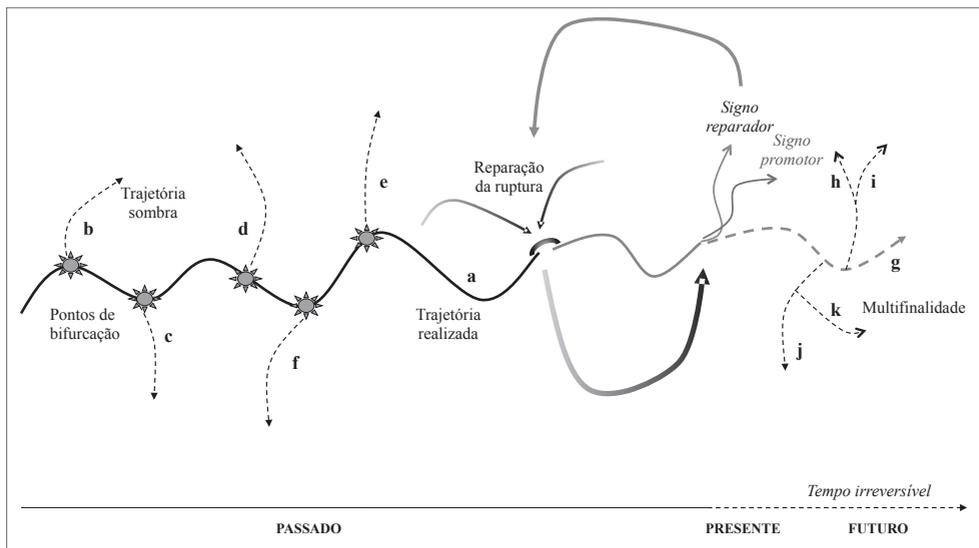
Figura 20 – Estratégias de reparação dinâmica do *self* e emergência do signo reparador

Fonte: elaboração da autora.

Figura 21 – Conexão dos fragmentos da trajetória interrompida pelo signo reparador

Fonte: elaboração da autora.

Faz-se importante observar, porém, que o esforço de reparação não visa o equilíbrio – no sentido de automanutenção, um retorno ao que era antes, a conservação do *status quo* –, mas, a autorregulação do *self*, a partir da emergência de novas estruturas, da emergência de novidade. Deste modo, pode-se considerar esses signos de reparação semiótica como conectores, sejam eles flexíveis – permitindo certa maleabilidade das trajetórias – ou rígidos.

O processo de construção dos signos reparadores pode ocorrer de dois modos: o primeiro, através da internalização de um signo proveniente de alguma esfera da vida (como a esfera médica ou religiosa) na qual a pessoa encontra-se inserida. Isto permite a regulação direta e inquestionável de todo sistema psicológico. O segundo modo de construção dos signos reparadores pode ocorrer através do processo denominado "bricolagem". O termo "bricolagem" foi introduzido por Zittoun et al. (2013) para se referir à auto-organização do sistema de acordo com as demandas da situação e sem planejamento prévio. Consiste em uma montagem flexível

sintonizada às especificidades da situação, na medida em que utiliza os recursos simbólicos disponíveis naquele tempo e espaço particular. Por tratar-se de uma invenção humana, envolve criatividade e imaginação. Através da bricolagem, um mosaico de diferentes significados pode ser construído e integrado um ao outro – a partir do uso de distintos recursos simbólicos disponíveis no momento e contexto específico, em combinação com a experiência prévia da pessoa –, podendo funcionar como um signo reparador.

Os signos reparadores podem apresentar diferentes níveis de generalidade e abstração, isto é, ser do tipo ponto ou do tipo campo. Os signos do tipo ponto são representações homogêneas e estáveis de algo, como uma palavra (por exemplo, as palavras médicas alteração aloimune e autoimune como explicação para a causa dos abortos espontâneos). Os signos do tipo campo, por sua vez, codificam a experiência pessoal, intra e interpsicológica, sem limites definidos, sempre flutuante, a partir de um complexo semiótico. Logo, são representações abstratas da natureza holística de um fenômeno (por exemplo, quando se diz que uma mulher está de *luto* após a perda de um bebê). (Valsiner, 2005, 2012; Cabell, 2010)

Vale ressaltar que com a repetição de eventos disruptivos ao longo do tempo – isto é, com a repetição das perdas gestacionais – o *self* precisa construir signos reparadores cada vez mais complexos e "poderosos" – pertencentes a níveis hierárquicos mais elevados de regulação semiótica – como aqueles relacionados aos afetos, aos valores pessoais. Ou seja, faz-se necessário recorrer a um controle dinâmico crescente na regulação semiótica a fim de conseguir integrar a experiência passada (perda gestacional) e seguir em direção ao futuro. Afinal, a restauração da conexão dos fragmentos torna-se uma tarefa cada vez mais difícil e complexa. Pois, o impacto de uma nova ruptura na trajetória pode implicar no reaparecimento de antigas fissuras, exigindo novas reparações a fim de restabelecer a continuidade. Assim, um novo signo reparador precisa ser construído, inventado pelo *self*, um signo "poderoso" hipergeneralizado, carregado de afeto. Daí a busca por signos promotores nas diferentes esferas da vida e, em especial, naquelas esferas que, na nossa cultura,

são percebidas como capazes de oferecer respostas/significados aos mais diversos dilemas da vida: a ciência e a religião.

Outro aspecto interessante das trajetórias de vida marcadas por tantas descontinuidades e mudanças consiste no intenso esforço empreendido pelas mulheres investigadas no sentido de manter certa coerência no sistema de significados do *self* ao longo do tempo. Nesse sentido, houve a construção e reconstrução constante de continuidade, a partir da criação ininterrupta e abundante de signos. Assim sendo, a experiência de rupturas significativas e sucessivas – comum aos casos de perdas gestacionais recorrentes – ilustra que até em situações extremas o *self* busca reparação. E isto se dá através da criação de signos reparadores, mas também por meio da transformação desses signos, da sua reconfiguração e plasticidade ao longo do tempo irreversível. Um exemplo dessa transformação do signo nos casos analisados consistiu nas modificações constantes da noção de maternidade ao longo das trajetórias reprodutivas, que aparece cada vez mais idealizada após cada experiência de gravidez-perda gestacional, alcançando níveis cada vez mais abstratos de generalização. Houve, assim, uma transformação estratégica do signo reparador em uma exaustiva tentativa de autorreparação e manutenção da estabilidade dinâmica do *self*, para níveis hierárquicos cada vez mais complexo e abstratos.

Capítulo 9

Considerações finais

Trajetórias interrompidas: perdas, luto e reparação

A experiência de uma perda gestacional consiste em um evento inesperado que, no presente trabalho, é entendida enquanto ruptura no curso do desenvolvimento, daquilo que era esperado e estava na iminência de acontecer, e que ameaça o senso de continuidade do *self*. Isto é, ameaça o senso dessas mulheres acerca de quem elas eram, de quem elas são e de quem elas imaginavam que seriam no futuro. Implica, assim, em confrontações e redefinições significativas da identidade, desafiando posições do Eu estruturantes no território do *self* dialógico, como "Eu-mãe", "Eu-capaz", "Eu-no controle da minha própria vida".

Frente às significativas e recorrentes rupturas nas trajetórias de vida, essas mulheres veem-se diante do imperativo de construir um senso de continuidade, de integridade e consistência no *self*. Afinal, uma necessidade central para o *self* dialógico é manter a estabilidade dinâmica. (Valsiner, 2002) Deste modo, o desafio do estudo aqui apresentado consistiu em responder a essa questão específica: como o *self* constrói continuidade frente a sucessivas rupturas? Vale ressaltar que esse processo de construção de continuidade refere-se a um mecanismo psicológico comum, que é cotidianamente realizado pelas pessoas no âmbito do *self*. Entretanto, analisá-lo a partir de transições não normativas permitiu observar esse processo com maior clareza. Por essa razão, foram realizadas as minuciosas análises das trajetórias reprodutivas de algumas mulheres com história de perdas gestacionais involuntárias, com a finalidade de entender os processos de rupturas e, especialmente, de reconstruções na cultura pessoal através da aplicação do Modelo de Equifinalidade de Trajetórias

(TEM). Com isso, nosso interesse incidiu mais na persistência em direção da maternidade, do que na experiência da perda gestacional em si.

Através da análise dos casos, pretendeu-se construir um conceito que pudesse oferecer generalidade para o específico dessa experiência: a recorrência de rupturas significativas. Afinal, essa experiência parece exigir um tipo específico de processo semiótico, denominado nesse trabalho de estratégias semióticas de reparação dinâmica do *self*. Estratégias que ao serem acionadas promovem a criação de signos específicos – os signos reparadores, que têm o poder de restaurar a conexão dos fragmentos das trajetórias interrompidas, construindo alguma articulação entre esses fragmentos e resgatando certo senso de continuidade. Conforme descrito no último capítulo, mas analisado em cada um dos casos apresentados, os signos reparadores incidem nas rupturas e promovem a reconstrução de significado atribuído às experiências no passado (perdas anteriores) e nova orientação para a gama aceitável de construções de significados orientados para o futuro, conectando-os. Os casos analisados, assim, ilustram as mais variadas estratégias de reparação semiótica, demonstrando o expressivo empenho de cada uma das mulheres investigadas em enfrentar os elevados níveis de ambivalência, a percepção agudamente acentuada de incerteza em relação ao seu futuro, bem como as tensões entre as diferentes vozes de pessoas significativas.

Entretanto, na medida em que o presente estudo abordou a experiência de rupturas recorrentes nos diferentes contextos assistenciais, faz-se importante analisar de que modo o acesso a diferentes recursos materiais (serviços de saúde, procedimentos médicos e recursos tecnológicos) e a diferentes processos discursivos (diferentes vozes) influenciaram no funcionamento psicológico das mulheres investigadas. Assim sendo, a análise dos casos parece demonstrar que o acesso às tecnologias médicas e à informação – através do diálogo com o médico e/ou de pesquisas na internet – configurou-se, primeiramente, em um campo de atividades culturalmente estruturadas que operaram no nível mesogenético e canalizaram e organizaram a experiência subjetiva, mediante o estabelecimento de uma gama de possibilidades nas quais a experiência tomou

forma. Assim, por exemplo, a busca por um médico especialista delineou quais seriam os próximos passos a serem dados na direção da maternidade: realizar determinados exames clínicos e laboratoriais, submeter-se a determinado tratamento médico para, então, engravidar novamente. Também permitiu às mulheres a construção de signos capazes de integrar o elevado nível de ambivalência experienciado (ex. alterações auto e aloimunes), em decorrência da perda gestacional sofrida, reduzindo o nível de incerteza frente ao futuro reprodutivo. Isto porque, tais signos provenientes da esfera médica – dotados social e pessoalmente de valor – funcionaram como importantes reguladores intrapsicológicos, levando à emergência de um sistema hierárquico no âmbito do *self*. Nesse sentido, considerando que as trajetórias das mulheres investigadas foram marcadas por uma série de circunscritores ou barreiras (ex. sugestões sociais) – que tinham a função de inibir a ocorrência de um determinado fenômeno (uma nova gravidez) –, os signos provenientes da esfera médica atuaram como importantes catalisadores, diminuindo a ativação desses circunscritores, a fim de propiciar a emergência do fenômeno. E foram utilizados como um recurso de empoderamento do *self* dessas mulheres em direção à maternidade. Por fim, o acesso a esses recursos configurou-se como uma base sobre a qual pôde haver a emergência da imaginação – entendida enquanto um recurso fundamental de adaptação e exploração do mundo – que permitiu a algumas dessas mulheres ampliarem a gama de possibilidades futuras. E, o quanto antes, assumirem a direção das suas próprias vidas enquanto protagonistas.

Outro aspecto a ser considerado consiste na repetição das rupturas ao longo do tempo irreversível. Pode-se refletir sobre a dimensão da ruptura e da inevitável construção de significado, no que tange à ocorrência de cada um dos abortos espontâneos. Assim, como ilustrado através do caso Eduarda, pode-se dizer que a experiência do primeiro aborto espontâneo implica em descontinuidades em relação às expectativas e planos mais imediatos (momento presente/futuro próximo), isto é, de ter aquele bebê, de vivenciar a maternidade naquele momento, conforme havia sido planejada pelo casal. Nesse sentido, é possível que a posição

"Eu-mãe" – potencialmente futura e altamente relevante para o sistema do *self* – não seja ainda percebida como realmente ameaçada, mas apenas temporariamente adiada. Afinal, sustentando esse significado está o discurso médico que atribui ao primeiro aborto espontâneo um caráter de "normalidade", isto é, estatisticamente frequente entre os casais saudáveis em idade reprodutiva. Deste modo, não há necessariamente a confrontação com uma redefinição da identidade – que inclua a possibilidade desse Eu-mãe não se realizar ou, pelo menos, não se realizar conforme planejado (ser mãe de um filho biológico).

Porém, a repetição das perdas gestacionais torna essa reflexão necessária, isto é, a mulher pode vir a não se tornar mãe. E isto consiste em uma ruptura mais profunda e de longo prazo, que afeta a perspectiva de futuro dessa mulher, bem como exige a reconstrução de planos e metas passadas, levando a redefinições da identidade. Isto porque a concretização dessa possibilidade mudaria radical e profundamente o que a mulher e os outros da sua rede social imaginavam para ela. O futuro, marcado por essa possibilidade, é antecipado, interferindo em como ela percebe a si mesma e no modo como age.

No decorrer do tempo e com a repetição das perdas gestacionais, algumas indagações fazem-se cada vez mais presentes no campo da autorreflexão do *self*: "por que comigo?", "Quando voltar a engravidar, experienciarei outro aborto espontâneo?", "Será que um dia vou conseguir ter o meu próprio filho, após sofrer tantas perdas involuntárias?". Essas indagações parecem ilustrar que a identidade dessas mulheres é severamente desafiada com essas experiências.

Logo, não conseguir alcançar os padrões socialmente aceitáveis relacionados ao tornar-se mãe – já que há uma expectativa sociocultural de que as mulheres tenham filhos, muitas vezes ligada a um suposto "instinto maternal" que inclui proteger, nutrir e abrigar o filho – pode implicar no sentimento de que não conseguiram corresponder às suas próprias exigências internas. Pode também levar a mudanças em vários aspectos da sua identidade, como a relação com o seu próprio corpo, seus planos para a vida. (Benute, Nomura, Pereira, Lúcia, & Zugaib, 2009)

Assim, os casos analisados ilustram a tentativa exaustiva de sustentar a viabilidade da posição do Eu-mãe, ainda que, em alguns casos, em uma versão reformulada de "Eu-mãe adotiva". Ou seja, uma tentativa de sustentar certa estabilidade (que se relaciona com a questão da identidade) e, assim, evitar uma mudança mais profunda em sua identidade, uma ruptura definitiva daquilo que a mulher e os outros imaginavam que poderia ser, vir a ser.

Vale ressaltar que a maternidade configura-se como um signo hipergeneralizado, que permeia e promove o modo de pensar e sentir em sua totalidade – à medida que atravessa a miríade de espaços da vida cotidiana. É uma noção cultural carregada de valor que sobredetermina as mentes humanas – sendo socialmente promovida e pessoalmente internalizada –, um signo que atua como um mediador semiótico nos processos de comunicação humana, tanto entre pessoas e instituições, como na condição de regulador intrapsicológico. Deste modo, o poder dessa noção cultural e seu significado hipergeneralizado orientam a conduta humana, bem como as necessidades afetivas. (Valsiner, 2012)

Nesse sentido, o amor materno pode ser entendido como um campo hipergeneralizado, exemplificando a função regulatória dos signos, através de marcadores afetivo-semióticos que reconfiguram a relação pessoa-ambiente. Afinal, o amor materno consiste em um poderoso catalisador semiótico-emocional (como por exemplo, a noção sentida por uma mulher de amor e o valor vinculado a essa noção – valor que foi aprendido que deveria ser vinculado – para a pessoa que será seu filho) que radicalmente transforma a relação de alguém com o mundo, através de uma supergeneralização desta orientação de valor.

Assim, na ocorrência de perdas gestacionais e na ausência de apoio social para continuar a engravidar – devido aos riscos à própria vida, por exemplo –, uma mulher pode persistir na tentativa de engravidar apesar desses riscos. Colocar em risco à própria vida tem conotações socioculturais relacionadas à quebra de regras, à ofensa às leis e à moral, ao cometimento de um crime. Deste modo, seguir na direção da maternidade,

através da gravidez, introduz o "atentar contra a própria vida" como uma possibilidade futura.

Entretanto, o que acontece para essa mulher que persiste na direção da maternidade biológica pode ser entendido como uma transformação emocionalmente desencadeada do seu sistema de significado devido a uma forte orientação de valor sentida. Um regulador de nível superior (catalisador) leva a uma qualidade nova generalizada do sistema de significado. O sentimento e o valor do amor, por exemplo, servem como catalisadores na reorientação do sistema de significados do indivíduo e da relação pessoa-mundo. Esse catalisador-emocional (catalisador-afetivo) atua como um regulador de ordem superior. (Beckstead, Cabell, & Valsiner, 2009)

Porém, é preciso ainda realizar uma breve reflexão acerca da experiência de abortos espontâneos recorrentes que resulta em uma dinâmica disfuncional no sistema do *self* dialógico. Afinal, algumas mulheres não conseguem sair da imersão da experiência traumática da perda para perspectivas alternativas. E assim, a busca incessante pela concretização da maternidade, através da dominância inflexível da posição Eu-mãe no sistema do *self*, poderia implicar no obscurecimento dos caminhos alternativos da vida e da identidade – como a possibilidade de adotar uma criança que seria pessoal e socialmente reconhecida como seu filho, ou mesmo realizar o luto pela não maternidade, assumindo a possibilidade de ser uma mulher/um casal ou constituir uma família sem filhos. Prisioneiras dessa autonarrativa dominante – caracterizada por Ribeiro e Gonçalves (2010) como narrativa problemática pelo seu caráter restritivo, redundante e monológico –, estariam condenadas ao comportamento repetitivo de engravidar e perder.

Esse comportamento repetitivo é influenciado pelo poder sociocultural do discurso biomédico, fundamentado nos avanços tecnológicos e na crença generalizada de que há sempre algo que ainda pode ser feito, de que há sempre uma solução para os problemas de saúde, um tratamento médico eficaz.

E, na medida em que a perspectiva da mulher aparece severamente circunscrita à meta de tornar-se mãe, outros tipos de perdas podem acontecer ao longo de muitas dessas trajetórias de vida, como a do próprio parceiro/casamento, da rede social próxima, bem como da própria saúde mental – como nos casos dos transtornos do humor, como a depressão, e os transtornos de ansiedade. No caso da depressão, por exemplo, a narrativa do *self* é marcada pela dominância e repetição da autodesvalorização (Ribeiro & Gonçalves, 2010), havendo a alteração de como a mulher vislumbra a si mesma, o mundo e o seu inter-relacionamento com ele. Uma versão extrema da dominância de uma determinada voz sobre a sua contraparte oposta – que pode ser inteiramente expropriada – levando à monologização do *self* dialógico. (Valsiner, 2002)

Deste modo, rupturas inesperadas e significativas no sistema do *self* demandam processos de transição que, por sua vez, promovem mudanças. Essas mudanças podem possibilitar às mulheres a restauração de um senso de consistência e continuidade no *self*, mas também podem levar, conforme Zittoun (2007), a um senso de alienação, ou seja, de perda do *self*, perda da continuidade ou perda do contato com o seu ambiente. Isto limita, por exemplo, a agência em encontrar recursos para enfrentar novas rupturas. Com efeito, os processos de transição podem se configurar em manutenção mínima do *self*, muitas vezes através de um padrão repetitivo. Nesses casos, as mudanças não são consideradas desenvolvimentais, pois impedem que a pessoa se envolva em novos processos de transição. (Zittoun, 2007) Para tornar-se desenvolvimental, é preciso que as relações entre as partes do *self* dialógico possam permitir a emergência de novas partes e relações entre elas. (Valsiner, 2002) Desenvolvimento, conforme Zittoun et al. (2013), é a propriedade dos sistemas abertos de sofrer transformações nas formas qualitativas, sob constante relação com o contexto, dentro do tempo irreversível. Deste modo, rupturas podem ser vislumbradas como ocasiões para a construção de uma nova estabilidade relativa, através do uso de recursos disponíveis em seus contextos sociais – que darão suporte a esse processo de transformação. Os seres humanos são construtores de significado e é através da imaginação que eles podem se reinventar.

O presente estudo apresenta, então, algumas contribuições não só teóricas, como as explicitadas até aqui, mas também algumas direcionadas para o campo das práticas em saúde. Conforme descrito no capítulo etnográfico, as trajetórias reprodutivas das mulheres usuárias dos serviços públicos tiveram enquanto cenário um contexto assistencial caracterizado por deficiências importantes no atendimento, pela fragmentação da assistência, pelo número insuficiente de vagas não só para as mulheres, mas para os bebês nascidos prematuros e que precisavam de uma UTI neonatal, e pela ausência de um atendimento emergencial propriamente dito. Além disso, a relação entre profissionais de saúde e mulheres apareceu marcada, essencialmente, pela desconfiança, desrespeito e conflito. Houve uma grande demanda por informações e pela escuta clínica que não foi atendida. Possivelmente muitas das perdas ocorridas poderiam ter sido evitadas caso esse cenário fosse diferente.

As narrativas dessas mulheres, deste modo, denunciaram a necessidade de muitas mudanças, como a melhoria da cobertura dos serviços e da qualidade do atendimento oferecido. Nos dois contextos de saúde investigados, faz-se urgente a capacitação e treinamento especializado dos profissionais de saúde para saberem lidar com questões relativas à pessoa humana de modo integral – com uma visão das perdas gestacionais recorrentes que abarque não somente os aspectos biológicos, mas as suas implicações socioafetivas. Além disso, a prestação de um atendimento mais cuidadoso, mais humanizado e menos marcado pela expressão de preconceitos, que leve em consideração o sofrimento já vivenciado em uma perda anterior e reduza os possíveis danos físicos e emocionais de experiências futuras. Vale ressaltar, porém, que a humanização do atendimento encontra-se relacionada com a posição que a mulher ocupa nesse cenário, isto é, a de protagonista, autora da sua própria história, que tem muito a dizer e que precisa ser ouvida. É preciso, então, assegurar o seu protagonismo, dar espaço e importância à sua voz, fazendo valer a sua autonomia com relação ao próprio corpo e história de vida.

Assim sendo, o estabelecimento de uma boa relação dos profissionais de saúde com a mulher é essencial e traduz-se no oferecimento de

qualidade no acolhimento e na transmissão de apoio e confiança necessários, o que reduziria o sentimento de vulnerabilidade marcado pelo medo e pela ansiedade em uma futura gestação, ampliando as chances de êxito gestacional. Além disso, tornar possível o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre esses profissionais e as mulheres, tendo-se como base o respeito pelos seus sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais.

Espera-se, assim, que o conhecimento construído na interseção temática família-cultura-desenvolvimento humano, através do estudo aqui apresentado – fruto de um trabalho de campo cuidadoso, realizado ao longo de mais de dez anos, em diferentes contextos de saúde e voltado para mulheres com trajetórias de vida marcadas pela repetição de perdas gestacionais involuntárias – possa vir a orientar os profissionais de saúde sobre como atuar de modo adequado nessas situações, bem como subsidiar programas de assistência à saúde da mulher que levem em conta as peculiaridades envolvidas em casos como esses.

Referências

Abbey, E. (2004). Circumventing ambivalence in identity: the importance of latent and overt aspects of symbolic meaning. *Culture & Psychology*, 10(3), 331-336.

Abbey, E., & Falmagne, R. J. (2008). Models of tension work within the complex *self*. *Culture Psychology*, 14(1), 95-113.

Abbey, E., & Valsiner, J. (2004). Emergence of meanings through ambivalence. *FQS: Forum Qualitative Sozialforschung*, *6*(1), Art. 23. Recuperado em 30 de abril, 2011 de http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-05/05-1-23-e.htm.

Andajani-Suthahjo, S. & Manderson, L. (2004). Stillbirth, neonatal death and reproductive rights in Indonésia. *Reproductive Health Matters*: 12(24), 181-188. *Assistência pré natal: Manual técnico*. (2000). (3a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde

Bahia, L. (2009). O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3), 753-762.

Barini, R., Couto, E., Mota, M. M., Santos, C. T. M., Leiber, S. R. & Batista, S. C. (2000). Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, *22*(4), 217-223.

Bastos, A. C. S. (2012). Notes on the trajectory Equifinality Model, Petic Motion and the Analisys of Autobiograpfical narratives. *Seminário Internacional de Psicologia Cultural, 2*. Itacimirim, BA.

Beckstead, Z., Cabell, K. R., Valsiner, J. (2009). Generalizing through conditional analysis: systemic causality in the world of eternal becoming. *Humana Mente*, 11, 65-80.

Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Pereira, P. P., Lucia, M. C. S. & Zugaib, M. (2009). Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(3), 322-327.

Bowlby, J. (2004). *Apego e perda: Perda: tristeza e depressão* (V. Dutra, Trad., 3a ed.) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1973)

Bowles, S., Bernard, R. S., Epperly, T., Woodward, S., Ginzburg, K., Folen, R. & Koopman, C. (2006). Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion. *The Journal of family*, 55(11), 969-973.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2005). *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Brasília, DF: Editora MS.

Brisch, K. H., Munz, D., Kachelle, H., Terinde, R. & Kreienberg (2005). Effects of previous pregnancy loss on level of maternal anxiety after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Loss and Trauma*, 10 (2), 131-153.

Bruner, J. (2002). *Making Stories: Law, literature, life*. Cambridge, MA: Havard University Press.

Bruner, J. (1997a). *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bruner, J. (1997b). *Realidade mental, mundos possíveis*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cabell, K. (2010). Mediators, regulators, and catalyzers: A context inclusive model of trajectory development. *Psychology & Society*, *3*(1), 26-41.

Cabell, K. R. & Valsiner, J. (2011). Affective hypergeneralization: Learning from psychoanalysis. In S. Salvatore & T. Zittoun (Eds.), *Cultural psychology and psychoanalysis. Pathways to Synthesis* (pp. 87-113). Charlotte, NC: Info Age Publishing.

Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: a family perspective. *Journal of perinatal & neonatal, 20*(3), 227-234.

Carvalho, M. H. B., & Rares, E. (2005). Gravidez após perdas anteriores. In M. Zugaib & R. Ruocco (Eds.), *Pré-natal: Clínica obstétrica da Faculdade de Medicina da USP*. (3a ed.). São Paulo: Editora Atheneu.

Cavalcanti, M., & Barini, R. (2009). *Imunologia reprodutiva: manual de avaliação e tratamento imunológico*. Fortaleza: Premius.

Cesar, J. A., Mano, P. S., Carlotto, K., Gonzalez-Chica, D. & Mendoza-Sassi, R. A. (2011). Público versus privado: Avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(3), 257-263.

Chaudhary, N. (2011). Peripheral lives, central meaning: women and their place in Indian society. In A. C. Bastos, K. Uriko & J. Valsiner (Eds.), *Cultural dynamics in women's lives*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Coté-Arsenault, D., & Freije, M. M. (2004). Support groups helping women trough pregnancies after loss. *Western journal of nursing research*, *26*(6), 650-670.

Cowan, P. A. (1991). Individual and family life transitions: a proposal for a new definition. In P. A. Cowan & M. Hetherington, *Family transitions*, (pp. 03-29). Hillsdale, NJ:, L. Erlbaum Associates.

Cunha, C. (2007). Intersubjectivity and the experience of otherness: A reflection upon relational accounts of subjectivity. In L. M. Simão & J. Valsiner (Eds.), *Otherness in question: Labyrinths of the self* (pp. 379-391). Charlote, NC: Info Age Publishers.

d'Alte, I., Petracchi, P., Ferreira, T., Cunha, C., & Salgado, J. (2007). *Self* dialógico: um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal. *Interacções, 3*(6), 8-31.

Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009, Setembro). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em estudo*, 14(3), 485-490.

Espindola, A. T., Benute, G. R. G., Carvalho, M. H. B., Pinto, K. O., Lúcia, M. C. S. & Zugaib, M. (2006). Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. *Psicologia. hospitalar, 4*(1), 1-24.

Estok, P. & Lehman, A. (1983). Perinatal death: grief support for families. *Birth*, 10(1), 17-25.

Falmagne, R. J. (2004). On the constitution of *Self* and Mind: the dialect of the system and the person. *Culture & Psychology*, 14(6), 822-845.

Farinati, D. M., Rigoni, M. S. & Müller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia, 23*(4), 433-439.

Fogel, A., Kroyer, I., Bellagamba, F. & Bell, H. (2002). The dialogical *self* in the first two years of life: embarking on a journey of discovery. *Theory & Psychology*, 12(2), 191-205.

Franco, M. H. P. (2010a). Famílias vivem seus lutos. In L. A. B. Trad (Org.), *Família contemporânea e saúde: Significados, práticas e políticas públicas* (pp. 371-379). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Franco, M. H. P. (2010b). Apresentação. In M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos: O dilema das perdas na atualidade* (pp. 11-16). São Paulo: Summus.

Guillespie, A. (2007). The social basis of *self*-reflection. In A. Rosa & J. Valsiner. *The Cambridge handbook of sociocultural psychology* (pp. 678-691). New York: Cambridge University Press.

Gold, K. J., Dalton, V. K., Shwenk, T. L. (2007). Hospital care for parents after perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 109(5), 1156-1166.

Goodnow, J. J. (1995). Differentiating among social contexts: by spacial features, forms of participation, and social contracts. In P. Moen, G. H., Elder, & K. Lüscher (Eds.). *Examining lives in context: perspectives Perspectives on the ecology of human development*, (pp. 269-301). Washington, DC: American Psychological Association.

Guedes, P. S. R., & Walz, J. C. (2009). *O sentimento de culpa*. Porto Alegre: Edição do Autor.

Hermans, H. J., Kempen, H. J. G., & van Loon, R. J. P. (1992). The dialogical *self*: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, *47*(1), 23-33.

Hermans, H. J. M. (1996). Voicing the *self*: from information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119(1), 31-50.

Hermans, H. J. M., & Hermans-Jansen, E. (2003). Dialogical process and the development of the *self*. In J. Valsiner & K. Connolly (Eds.), *Handbook of development psychology* (pp. 534-559). London: Sage Publications.

Hermans, H. J. M., & Hermans-Konopka, A. (2010). *Dialogical Self Theory: Positioning and counter-positioning in a globalizing society*. New York, NY: Cambridge University Press.

Hermans, H. J. M., & Kempen, H. (1993). The dialogical *self*: meaning as movement. San Diego, CA: Academic Press.

Hermans, H. J. M. (2002). The dialogical *self* as society of mind: Introduction. *Theory & Psychology*, 12, 147-160.

Hermans, H. J. M. (2004). The dialogical *self*: between exchange and power. In H.J.M. Hermans & Dimaggio (Eds.), The dialogical *self* in psychotherapy (pp. 13-28). Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.

Hsu, M. T., Tseng, Y. F., Banks, J. M., Kuo, L. L. (2004). Interpretations of Stillbirth. *Journal of advanced Nursing*, *47*(4), 408-16.

Jutel, A. (2006). What's in a name? Death before birth. *Perspectives in biology and medicine*, *49*(3), 425-434.

Lotman, J. (2005). On the semiosphere. *Sign Systems Studies*, *33*(1), 205-229.

Madureira, A. F. A. & Branco, A. U. A. (2005). Construindo com o outro: uma perspectiva sócio-cultural construtivista do desenvolvimento humano. In M. A., Dessen & A. L. Costa Júnior (Orgs). *A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 90-109). Porto Alegre, RS: Artmed.

Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. (16a ed.). São Paulo: Saraiva.

Malin, M. (2003). Good, bad and troublesome infertility physicians' perceptions of women patients. *The European Journal of Women's Studies*, 10(3), 301-319.

Martins, A. (2003/2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 8*(14), 21-32.

McDonell, O. (2011). Striving towards a normative identity: the social production of the meaning of assisted reproductive technology in Ireland. In A. C. Bastos, K. Uriko, & J. Valsiner (Eds.). *Cultural dynamics in women's lives*. Charlotte, NC: Information Age Publishing. Pp. 107-126.

Mendes, E. V. (1999). O sistema de serviços de saúde no Brasil. Belo Horizonte: Escola de Saúde de Minas Gerais. (mimeo)

Menezes, G. M. S., & Aquino, E. M. L. (2009). Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública, 25*, 193-194.

Montero, S. M. P., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A. G. V., & Tirado, M. B. R. (novembro/dezembro, 2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1-8.

Moulin, A. M. (2008). O corpo diante da medicina. In A. Corbin, J.-J., Courtine & G. Vigarello (Eds), *História do corpo: As mutações do olhar: O século XX*. (E. F. Alves, Trad., 2a ed., pp.15-82). Petrópolis, RJ: Vozes.

Neugehauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A. ... Susser, M. (1992, october). Determinants of depressive symptoms in the early after miscarriage. *American Journal of Public Health, 82*(10), 1332-1339.

Nakano, Y., Oshima, M., Sugiura-Ogasawara, M., Aoki, K., Kitamura, T. & Furukawa, T. A. (2004). Psychosocial predictores of successful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortions: a cohort study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 440-446.

Násio, J. D. (2007). *A dor de amar*. Rio de Janeiro: J. Zahar.

Neimeyer, R. A., & Buchanan-Arvay, M. (2004). Performing the *self*: Therapeutic enactment and the narrative integration of traumatic loss. In H. J. M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 173-189). New York: Brunner-Routledge.

Nikcevic, A.V., Tunkel, S. A., Kuczmierczyk, A. R. & Nicolaides, K. H. (1999, august). Investigation of the cause of miscarriage and its influence on women's psychological distress. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, *106*(8), 808-813.

Nietzche, F. (2004). *Ecce Homo: Como alguém se torna o que é.* São Paulo: Companhia das Letras.

Paim, J.; Travassos, Almeida, C.; Bahia, L. & Macinko, J. (maio,2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. TheLancet.com., p. 11 -31. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=13063

Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta* (M. H. F. Bromberg,Trad.). São Paulo: Summus.

Pereira, S. M. (1994). Atenção integral à saúde da mulher. In L. M. V. Silva (Org.), *Saúde Coletiva: Textos didáticos*. (pp. 203-211). Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA.

Peskek, D. J.; Kraus, M. L., & Diriwachter, R. (2008). Construction and internalization of prayer practices to cope with transitional life periods. *Yearbook of Idiographic Science*, 1,135-161.

Programa de humanização no pré-natal e nascimento. (2002). *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, *2*(1), 69-71

Reagan, L. J. (2003). From hazard to blessing to tragedy: representations of miscarriage in twentieth-century America. *Feminist studies*, *29*(2), 356-378.

Reddy, U. & Witter, F. (2001). Distúrbios hipertensivos da gestação. In N. C. Lambrou, A. N., Morse, E. E. Wallach, R. Saravis & R. A. Duarte. *Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Reis, J. C. (1999). *Sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.

Renner, C. H., Verdekal, S., Brier, S. & Fallucca, G. (2000). The meaning of miscarriage to others: is it na unrecognized loss? *Journal of personal and interpersonal loss, 5*, 65-76.

Ribeiro, A. P. & Gonçalves, M. M. (2010). Innovation and stability within the Dialogical *Self*: the centrality of ambivalence. *Culture & Psychology*, *16*(1), 1-11.

Rios, L. T. M., Oliveira, R. V. B., Martins, M. G.; Bandeira, K. P., Leitão, O. M. R., Santos, G. H. N., & Sousa, M. S. (2010). Anormalidades do primeiro trimestre da gravidez: ensaio iconográfico. *Radiologia Brasileira*, *43*(2), 125-132.

Salazar, C. C., Cunha Filho, J. S. L., Shalatter, D., Mattiello, S. S., Facin, A. C., Freitas, F. M., Passos, E. P. (2001, novembro/dezembro). Abortamento de repetição. *Revista Femina*, *29*(10), 667-672.

Salgado, J. & Gonçalves, M. (2007). The dialogical *self*: social, personal e (un)conscious. In Rosa, A. J. & Valsiner, J. (Eds.), *The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology,* (pp. 608-621). New York: Cambridge University Press.

Santos, A. L. D., Rosenberg, C. P. & Buralli, K. O. (2004). Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, *38*(2), 268-276.

Santos, I. S., Ugá, M. A. D., & Porto, S. M. (2008). O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 13(5), 1431-1440.

Sato, T., Yasuda, Y., Kido, A., Arakawa, A., Mizoguchi, M. & Valsiner, J. (2007). Sampling Reconsidered: Idiographic Science and the Analyses of Personal Life Trajectories. In J. Valsiner & A. Rosa (Eds.), *Cambridge Handbook of Socio-Cultural Psychology* (pp.82-106). New York: Cambridge University Press.

Sato, T., Hidaka, T., & Fukuda, M. (2009). Depicting the dynamics of living the life: The trajectory equifinality Model. In J. Valsiner, P. C. M. Molenaar, M. C. D. P. Lyra & N. Chaudhary, (Eds.), *Dynamic*

Process Methodology in the Social and Developmental Sciences (pp. 217-240). New York: Springer-Verlag.

Sato, T & Valsiner, J. (2010). Time in life and life in time: between experiencing and accouting. *Ritsumeikan Journal of Human Sciences, 20*, 79-92.

Sato, T., Fukuda, M., Hidaka, T., Kido, A., Nishida, M., & Akasaka, M. (2012). The authentic culture of living well: Pathways to psychological well-being. In J. Valsiner, (Ed.), *The Oxford Handbook of culture and psychology* (pp. 82-106). New York: Oxford University Press.

Savaris, R. F. Abortamento. (2006). In F. Freitas et al. (Eds.), Freitas, F., Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G.L., & Magalhães, J. A. (Orgs), *Rotinas em Obstetrícia*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Silva, A. P. S., Rossetti-Ferreira, M. C., & Carvalho, A. M. A. (2004). Circunscritores: Limites e possibilidades no desenvolvimento. In: M. C. Rossetti-Ferreira, K. S. Amorim, A. P. S. Silva & A. M. A. Carvalho, (Orgs.), *Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano* (pp. 81-91). Porto Alegre: Artmed.

Silva, A. C. O., & Nardi, A. E. (2011). Terapia cognitivista-comportamental para perda gestacional: resultados da utilização de um protocolo terapêutico para luto. *Revista de Psiquiatria Clínica, 38*(3), 122-4.

Simão, L. M. (2007). Why otherness in research domain of semiotic-cultural constructivism? In L. M. Simão & J. Valsiner, (Orgs.), *Otherness in question: Labyrinths of the self* (pp. 11-35). Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Sirgado, A. P. (2000, Julho). O social e o cultural na obra de Vigotski. *Educação & Sociedade, 21*(71), 45-78.

Smolka, A. L. B. (2004). Sobre significação e sentido: uma contribuição à proposta da *Rede de Significações*. In M. C. Rossetti-Ferreira, K. S. Amorim, A. P. S. Silva & A. M. A. Carvalho (Orgs.), *Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano* (pp. 35-49). Porto Alegre: Artmed.

Swanson, K. M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: a path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of women's health & gender-based medicine, 9*(2), 191-206.

Thompson, R., Bell. R., Holland, J., Henderson, S., & McGrellis, S. (2002). Critical moments: choice, chance and opportunity in Young people's narratives of transition. *Sociology*, *36*(2), 335-354.

Thomas, J. (1995). The effects on the family of miscarriage, termination for abnormality, stillbirth and neonatal death. *Child: care, health and development*, *21*(6), 413-424.

Trevisan, M. R., De Lorenzi, D. R. S., Araújo, N. M., & Ésber, K. (2002). Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Público de Saúde em Caxias do Sul. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, *24*(5), 293-299.

Valsiner, J. (2000). *Culture and human development: An introduction*. London: Sage Publications.

Valsiner, J. (2001). *Comparative study of human cultural development*. San Sebastián, Espanha: Fundación Infancy y Aprendizaje.

Valsiner, J. (2002, April). Forms of dialogical relations and semiotic autoregulation within the *self*. *Theory & Psychology*, 12 (2), 251-265.

Valsiner, J. (2004). The promoter sign: developmental transformation within the structure of dialogical *self*. In *Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development*. Germany: Symposium Developmental Aspects of the Dialogical *Self*. pp. 11-15.

Valsiner, J. (2005). Transformations and flexible forms: where qualitative psychology Begins. *Qualitative Research in Psychology*, *4*(4), 39-57.

Valsiner, J. (2012). *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. (Ana Cecília de Sousa Bastos, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Vargas, E. P. (2006).*Casais inférteis: usos e valores do desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro*. (Tese de Doutorado não publicada) Instituto de Medicina Social,Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Vargas, E. P. (2010) Saúde, razão prática e dimensão simbólica dos usos da *internet*: notas etnográficas sobre os sentidos da reprodução. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 19(1), pp. 135-146.

Vigotski, L. S. (2008). *A formação social da mente: O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. M. Cole (Orgs). (J. Cipolla Neto et al., Trad., 7a. ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984)

Vigotski, L. S. (2000). *Pensamento e linguagem*. (J. L. Carmargo, Trad., 2a. ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)

Volkmer, V., Covas, I. G., Franco, A. L. S. & Costa, O. L. N. (2006). "Você se pergunta: por que não pode ter?" Aspectos psicológicos e sociais de mulheres com história de abortamento de repetição. *Revista Vivência*, (31), 101-110.

Volkmer, V. (2009). *Significados de maternidade para mulheres com trajetória reprodutiva marcada por perdas gestacionais recorrentes* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Wagoner, B., Gillespie, A., Valsiner, J., Zittoun, T., Salgado, J., Simão, L. (2011). Repairing ruptures: multivocality of analyses. In M. Märtsin, B. Wagoner, E. L. Aveling, I. Kadianaki & L. whittaker (Eds.), *Dialogical in focus: Challenges to Theory, Method and Aplication,* (pp.105-127). New York: Nova Science Publishers.

Wash, F., & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: Sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artmed.

Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental* (M. Brener & M. R. Hofmeister, Trans., 2th ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Yasuda,Y. (2005). *Self*-reassessment following infertility: branching selection by couples unable to have children after infertility treatment. *Qualitative research in psychology*, *4*, 201-226.

Zittoun, T., Duveen, G., Gillespie, A., Ivinson, G. & Psaltis, C. (2003). The use of symbolic recourses in developmental transitions. *Culture & Psychology*, 9(4), 415-448.

Zittoun, T. (2004). Symbolic competencies for developmental transitions: the case of the choice of first names. *Culture Psychology*, 10(2), 131-161.

Zittoun, T. (2007). Dynamics of interiority: ruptures and transitions in *self*-development. In L. M. Simão & J. Valsiner (Eds.), *Otherness in question: Labyrinths of the self* (pp. 187-214). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

Zittoun, T., Valsiner, J., Vedeler, D., Salgado, J. Gonçalves, M. & Ferring, D. (2013). *Human development in the life course: Melodies of living*. Cambridge: Cambridge University Press.

Zittoun, T. & Grossen, M. (2012). Cultural elements as means of constructing the continuity of the *self* across various spheres of experience. In M. César & B. Ligorio (Eds.), *Interplays between dialogical learning and the dialogical self* (pp. 99-126). Charlotte, NC: Information Age publishing.